VIII. Jahrgang. Wien, 21. October 1894. Nr. 42.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes,

unter Mitwirkung der Professoren: Baccelli (Rom), Bassini (Padua), Bernheim (Nancy), Buchanan (Glasgow), Crocq (Brüssel), Fraser (Edinburgh), de Giovanni (Padua), Heryng (Warschau), Huchard (Paris), Ladame (Genf), Leichtenstern (Köln), Morselli (Genua), Murri (Bologna), Oertel (München), Rosenbach (Breslau), Semmola (Neapel), Thiry (Brüssel)

redigirt von

Privatdocent Dr. Heinrich Paschkis.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT: **Originalartikel. Berichte aus Kliniken und Spitälern.** Zur Klimatotherapie des Morbus Basedowii. Von *Professor Glax* in Abbazia. — Ueber Bronchitis fibrinosa chronica. Von *Dr. Paul Koch*, Luxemburg. — Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Nase. Der Weg des Luftstromes in der Nase Von *Dr. Gottfried Scheff* in Wien. (Schluss.) — Jean Riolan der Jüngere. Von *Robert Ritter v. Töply*, Garde- und Regimentsarzt. — **Verhandlungen wissensch. Vereine.** 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. *Ganghofer* (Prag): Ueber spastische cerebrale Lähmungen im Kindesalter. — *Ranke* (München): Einiges über Hydrocephalie. — *Seitz* (München): Referat über die klinische Diagnostik der Bronchialdrüsen-Erkrankung. — *Hirschsprung:* Ueber Darm-Invagination bei Kindern. — *Heubner*: Ueber Arythmie im Kindesalter. — VIII. internationaler Congress für Hygiene und Demographie in Budapest. *Dr. Szalárdi*: Gegenwärtiger Stand des Findelhauswesens in Europa. — *Dr S. Lindner* (Budapest): Die Verhinderung der Abtreibung der Leibesfrucht. — *Dr. R. Temésvary*: Zur Ammenfrage. — *Dr. Bókai*: Lithiasis im Kindesalter. — *Prof. Epstein* (Prag): Ueber Schutzeinrichtungen und Mittel zur Herabminderung der Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahre. — *Prof. Dr. Reuss* (Wien): Ueber die Augenuntersuchungen beim Eisenbahn- und Marinepersonale. — *Dr. Emil Grosz*: Ueber die Systematisirung der Untersuchung der Gesichtsorgane bei Eisenbahnangestellten. — Canadian Medical-Association. *Dr. Hattie* (Halifax): Ueber Epilepsie. — *Dr. Muir*: Ueber den Antagonismus zwischen Erysipel und Tuberculose. — *Dr. James Bell*: Ueber Appendicitis. — Académie de médecine in Paris. *Petit*: Ueber plötzliche Todesfälle auf dem Velocipede. — **Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.** — Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Von *Prof. A. Vogel*, ganz neu bearbeitet von *Dr. Ph. Biedert* in Hagenau (Elsass). — Practicum der physiologischen und pathologischen Chemie. Von *Dr. E. Salkowski*. — **Zeitungsschau.** *Schmiedeberg*: Ueber das Ferratin und seine diätetische und therapeutische Anwendung. — *Rosenheim* (Klinik *Senator*): Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Gastritis gravis. — *Kézmarsky* (Budapest): Ueber intravenöse Sublimat-Injectionen (Baccelli) bei venöser Sepsis im Wochenbett. — *Oddo*: Circuläre Neurasthenie mit quotidianer alternirender Form. — *Dupont*: Ueber die Darmtuberculose und ihre Behandlung. — *Rusell Bellamy:* Zur Behandlung des Delirium tremens. — **Tagesnachrichten und Notizen.** — **Anzeigen.**
Beilage: Heft 7 des VIII. Bandes der «Klinischen Zeit und Streitfragen enthaltend: Ueber die Behandlung der durch Hämolyse bedingten Anämien. Von Docent *Dr. Castellino* in Genua.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Zur Klimatotherapie des Morbus Basedowii.

Von

Professor Glax in Abbazia.

Vortrag, gehalten am 27. September 1894 in der Abtheilung für Balneologie und Klimatotherapie der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

Meine Herren! Es gilt wohl als eine mehr minder feststehende Thatsache, dass sich Herzkranke im Stadium der Compensationsstörung an hochgelegenen Orten nicht wohl befinden.

Ich selbst habe mich bei mehreren derartigen Patienten überzeugt, dass sie an Punkten, welche mehr als 1000 Meter über dem Meere liegen, an Herzpalpitationen und Athemnoth litten. Um so mehr war ich überrascht als Prof. STILLER im Jahre 1888 auf dem VII. Congresse für interne Medicin die Mittheilung machte, dass er in zwei sehr schweren Fällen von Morbus Basedowii, bei welchen neben hoher Pulsfrequenz eine Dilatation des Herzens und Oedem bestand, glänzende Resultate an einem Höhencurorte erzielt hatte. Angesichts dieser Thatsache und andererseits in Berücksichtigung meiner Beobachtung, dass das milde Seeklima von Abbazia auf alle organischen Erkrankungen des Herzens ausnehmend günstig wirkt, war ich sehr begierig zu erfahren, wie sich Kranke, welche an Morbus Basedowii leiden, an unserer Meeresküste verhalten. Ich hatte zwar schon im Jahre 1886 Gelegenheit einen derartigen Fall in Abbazia zu behandeln und war das erzielte Resultat ein vollkommen zufriedenstellendes, doch schien mir eine vereinzelte Beobachtung nicht genügend um mir ein Urtheil zu bilden. Ein glücklicher Zufall führte mir nun in den letzten zwei Jahren vier neue Fälle von Morbus Basedowii zu, so dass ich jetzt über fünf Krankenjournale verfüge, über welche ich es nunmehr gerechtfertigt halte, Ihnen zu berichten.

In allen Fällen handelte es sich um Damen, von welchen vier in einem Alter von 25 bis 35 Jahren und eine im Alter von 50 Jahren stand. Bei einer Patientin waren der Exophthalmus, die Struma und Darmerscheinungen besonders ausgeprägt während bei den anderen die Herzsymptome und der Tremor am meisten in die Augen fielen. Namentlich bei zwei Kranken schwankte die Pulsfrequenz constant zwischen 120 und 140 in der Minute, das Herz war dilatirt und statt des ersten Tones im linken Ventrikel war ein leichtes systolisches Geräusch zu hören. Oedeme bestanden in keinem Falle, dagegen hatte die Abmagerung bei den beiden letztgenannten Patientinnen einen bedenklichen Grad erreicht. Die von mir angewandte Therapie war in allen Fällen dieselbe und bestand aus Halbbädern mit Seewasser von 24° R. allmälig bis auf 18° R, abnehmend, Galvanisation am Halse und täglich während einer Stunde den LEITER'schen Wärmeregulator auf das Herz. Medicamente, welche die Kranken zum Theil zu Hause schon genommen hatten, wurden ausgesetzt.

Der Erfolg war bei allen fünf Kranken ein glänzender und trat besonders deutlich bei jenen zwei Kranken hervor, welche die ausgesprochensten Herzsymptome hatten. Nicht nur dass die Tachycardie in verhältnissmässig kurzer Zeit bedeutend abnahm und dass die Dilatation des Herzens mit den consecutiven Geräuschen schwand, so hob sich auch das Allgemeinbefinden der beiden Kranken von Tag zu Tag und ihr Körpergewicht nahm in erstaunlich kurzer Zeit enorm zu. Eine der Patientinnen hatte in zwei Monaten eine Gewichtszunahme von 7 Kilo erfahren, während die zweite, welche bei ihrer Ankunft in Abbazia am 3. Februar 48·9 Kilogramm wog, bei ihrer Abreise am 29. April ein Gewicht von 59·250 Gramm

erreicht hatte. Es betrug sonach die Gewichtszunahme in nicht ganz drei Monaten 10 Kilo und 350 Gramm. Obwohl die von mir beobachteten Fälle von Morbus Basedowii offenbar keine so schweren waren als jene über welche STILLER berichtete, so glaube ich mich doch zu dem Schlusse berechtigt, dass die Seeluft unter Umständen auf derartige Kranke ebenso günstig wirkt, als die Höhenluft. Meine Beobachtung ist übrigens keine ganz vereinzelte, da nach den Angaben HIRSCHBERG's auch ROMBERG, v. HENOCH, v. DUSCH, FOOT und MACKENZIE von einem längeren Aufenthalte an der See günstige Erfolge gesehen haben wollen. Allerdings darf dabei nicht ausser Acht gelassen werden, dass der Aufenthalt auf dem Lande und die geistige Ruhe an und für sich schon als ein Heilmittel zu betrachten sind. Immerhin möchte ich aber darauf hinweisen, dass die Wirkung des Höhenklimas und des Seeklimas in mancher Richtung eine gewisse Aehnlichkeit haben. So fanden, nachdem PAUL BERT schon im Jahre 1878 die Vermuthung ausgesprochen hatte, dass bei der Anpassung von Menschen und Thieren an die dünne Luft grosser Höhen eine Vermehrung der Blutkörperchen und des Hämoglobin auftrete, die Herren VIAULT, MERCIER und EGGER bei ihren an sehr hochgelegenen Punkten angestellten Untersuchungen thatsächlich eine enorme Vermehrung der rothen Blutkörperchen. Dessgleichen konnten aber MALASSEZ und MARESTANG ganz dieselbe Erscheinung bei der Einwirkung der dichten Seeluft beobachten. ROLLETT hat jüngst in einem Vortrage über die Mauserung des Blutes versucht, diese sich scheinbar widersprechenden Thatsachen zu erklären. Beim Athmen in verdünnter Luft tritt der Fall ein, dass sich das Hämoglobin der rothen Blutkörperchen mit Sauerstoff nicht genügend zu sättigen im Stande ist und diese Behinderung der äusseren Athmung des Sauerstoffes wirkt als reizende Anregung auf die Thätigkeit des hämatogenen Organes und die Folge davon ist die Zunahme von Blutkörperchen und Hämoglobingehalt des Blutes. Da aber Blutkörperchen und Hämoglobin nicht nur bei der äusseren, sondern auch bei der inneren Athmung betheiligt sind, so könnten wir annehmen, dass die vermehrte Reduction des Hämoglobins bei dem gleichmässigen und vergrösserten Wärmeabfluss unter der Einwirkung des Seeklimas, ebenfalls eine reizende Anregung auf die hämatogenen Organe ausübt, woraus sich die übereinstimmende Wirkung des Höhenklimas und des Seeklimas auf die Blutbeschaffenheit erklären würde. Leider habe ich es versäumt bei meinen an Morbus Basedowii leidenden Kranken Blutuntersuchungen anzustellen und hoffe ich bei nächster Gelegenheit Ihnen auch hierüber Bericht erstatten zu können.

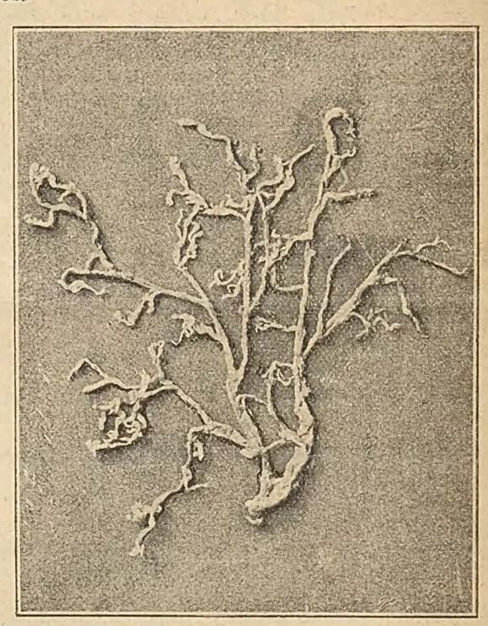
Ueber Bronchitis fibrinosa chronica.

Von

Dr. Paul Koch, Luxemburg.

Die «chronische fibrinöse Bronchitis», mit Unrecht «chronische croupöse Bronchitis» genannt, ist eben so unerklärlich wie ihre Ursachen und Pathogenese. Eben diese grosse Seltenheit macht es den Aerzten zur Pflicht, jeden einzelnen vorkommenden Fall mit allen seinen selbst unbedeutsam erscheinenden Einzelheiten zu veröffentlichen; denn abgesehen von dem Dunkel, welches über Ursache und Entstehungsweise herrscht, bildet die Symptomatologie nebst den physikalischen Zeichen noch bei weitem kein abgeschlossenes Krankheitsbild. Und dennoch stellt man die Diagnose bei dem ersten Anblick der Sputa. Dieser pathognomonische Auswurf springt so in die Augen, dass er schon die Einbildungskraft der ältesten Aerzte beschäftigte, so dass letztere selbe mit den phantastischesten Namen bezeichneten. Diese Sputa gestatten keine Verwechslung mit irgend einer anderen Brustkrankheit, namentlich nicht mit Pneumonia crouposa, noch mit Bronchitis catarrhalis noch mit Laryngitis crouposa. Die «acuten» Fälle, welche man fälschlich mit dem Namen «Bronchitis fibrinosa acuta» belegte, sind demselben fatalen Gesetze wie die schweren Fälle von Pneumonia und Laryngitis crouposa acuta, deren Ausdehnung auf die Bronchialäste sie darstellen, unterworfen. Diese falschen Beispiele von Bronchitis fibrinosa sind nothwendiger Weise tödtlich, während doch bei Bronchitis fibrinosa chronica die Prognose quoad vitam sehr günstig ist. Diese essentielle Bronchitis fibrinosa chronica stellt also ein durch seine lange Dauer, durch seine günstige Prognose quoad vitam, durch seine dunkle Entstehungsweise und seine grosse Seltenheit, besonders aber durch seine charakteristischen Sputa gekennzeichnetes Bronchialleiden dar. Die interessante Geschichte der Krankheit sowie deren Symptomatologie sind zu gut von BIERMER früher und von BESCHORENER in letzter Zeit beschrieben worden, als dass ich darauf zurückkommen sollte. Ich möchte nur durch zwei noch jetzt in Beobachtung stehende Fälle die sich darbietenden Symptome feststellen; sie sollen dazu beitragen, die bis jetzt noch lückenhafte Symptomatologie zu vervollständigen:

Der erste Fall betrifft eine 30jährige nicht hereditär belastete Frau; sie ist kinderlos und zu Rheuma nebst Bronchitis geneigt gewesen. Beginn des Leidens vor zwei Jahren unter den Zeichen einer schweren acuten Bronchitis; dann kamen jeden dritten bis vierten Tag Anfälle von Dyspnoe mit retrosternalen Schmerzen, welche Anfälle mit der Expectoration der bekannten Sputa endigten. Letztere sind gewöhnlich weiss, bei sehr heftigen Anfällen rosaroth; die kleinen Cylinder sind solide, die grösseren sind hohl und erreichen die Länge von 10 *cm*. Jodkalium in sehr grossen Dosen half anfangs, jetzt bleibt es wirkungslos.



Stück eines in Alkohol gehärteten, zufällig in drei Theile zerissenen, auf einer Glasplatte ausgebreiteten und getrockneten Sputums.

Der zweite Fall betrifft eine 63jährige ebenfalls nicht hereditär belastete Frau, bei welcher das Leiden vor 30 Jahren ebenfalls unter den Zeichen einer acuten Bronchitis entstand. Familie gesund. Anfälle unregelmässig. Die Sputa sind meistens rosaroth, werden im Wasser schön weiss, sehen aber den Sputa der Pneumonia crouposa gar nicht ähnlich: Ein Beweis, dass das Blut nur der Oberfläche der Verästelungen und direct nur der die Verästelungen umgebenden Mucosa aufliegt, also von der gereizten Mucosa herrührt. Die Zahl und namentlich die Dimensionen der Sputa sind so gross, wie ich selbe nie gesehen habe. Nach starken Anfällen zeigte das Mikroskop sehr schöne zahlreich vertretene LEYDEN-CHARCOT'sche Octaederkrystalle der Oberfläche der kleinen Verästelungen aufliegend, gerade so wie bei asthmatischen Anfällen.

Die für die Symptomatologie wichtigen Momente sind folgende: Beide Kranke sind verheirathet, weiblichen Geschlechts; die eine ist kinderlos aber nicht unterleibsleidend, die andere hat drei Kinder und ist sonst gesund; keine von Beiden hat Lungentuberculose. Im Gegensatz hiezu, lesen wir bei den Autoren, dass das Leiden meistens Männer befällt, dass Unter-

leibsleiden, Rachitis, Scrophulose zur Aetiologie gehören, dass Tuberculose meistentheils gleichzeitig besteht oder später sich hinzugesellt. Die älteste der beiden Kranken war vor zwei Jahren mit einer sehr heftigen Gürtelrose behaftet; STREET zählt nämlich den Herpes zoster zu den Ursachen der Bronchitis fibrinosa.

Bei beiden Patientinnen ist das Leiden einseitig und nimmt nicht die ganze Lunge ein; die Abgüsse der kleinen Bronchien sind nicht hohl, während die der etwas grösseren hohl sind; in den Bronchien erster, zweiter und dritter Ordnung stossen die fibrinösen Secretionen nicht aneinander und bilden also keine zusammenhängenden Cylinder mehr; sie stellen einzelne Platten dar, welche dieselbe Ausbildungsstufe wie die Verästelungen haben, aber sozusagen als reif abgestossen werden, ehe sie sich verbinden können. Auscultation und Percussion ergaben natürlich nur die gewöhnlichen Symptome der abgegrenzten chronischen Bronchitis und des hämorrhagischen Infarctes. Die oft sehr starken Dyspnoeanfälle endigen immer mit dem Auswerfen der erwähnten schönen Sputa. Alle diese Symptome stimmen mit der classischen Beschreibung überein.

Die symptomatische und hygienische Behandlung bleiben immer die Hauptmomente der Therapie. BIERMER empfiehlt Calomel, Sublimat und Kalkwasserinhalationen; die Quecksilberpräparate hat man längst verlassen, die Wirkung des Kalkwassers ist problematisch und wenn es wirkt, so ist der Erfolg doch nur den heissen Wasserdämpfen zuzuschreiben. Jodkalium wurde von allen Autoren gerühmt; die Patienten vertragen sehr hohe Dosen; sein Gebrauch ist umso gerechtfertigter, als er von einer durch ihren therapeutischen Skepticismus bekannten Schule (SKODA, OPPOLZER, WUNDERLICH) empfohlen wird. Bei unseren zwei Patienten war Jodkalium von keinem auffallenden Nutzen.

Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Nase.

Der Weg des Luftstromes in der Nase.

Von

Dr. Gottfried Scheff in Wien.

Vortrag, gehalten in der laryngologischen Abtheilung der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Wie bereits erwähnt, ist dieses nicht gelungen. Trotzdem unterliegt es keinem Zweifel, dass die ausgesprochene Hypothese über die Wirkung des Niessens auf den Inhalt der Nebenhöhlen der Nase ihre physikalische Begründung hat.

Zurückkehrend zum eigentlichen Thema meines heutigen Vortrages komme ich nun zuvörderst zur Beschreibung der ausgeführten Experimente, welche unter Leitung des Prof. GÄRTNER gemacht wurden, dem ich hier an dieser Stelle meinen besten Dank ausdrücke. Diese zerfallen in zwei verschiedene Gruppen.

Die erste Gruppe besteht aus Versuchen, welche mit denen PAULSEN's verwandt sind. Wie er und mehrere spätere Bearbeiter dieses Gegenstandes versuchte auch ich auf eine den Sinnen zugängliche Weise die Spuren eines die Nase passirenden Luftstromes ersichtlich zu machen und wählte zu diesem Zwecke, abweichend von den früheren schon citirten Experimentatoren statt der Ammoniakdämpfe, der Osmiumsäure und den Staubwolken ein geeigneteres Reagens d. i. die Joddämpfe. Bekanntermassen gibt Jod mit Kleisterlösung eine violette Färbung, was auch bei der mit den Dämpfen des Jods imprägnirten Nasenschleimhaut zu erwarten war. Joddämpfe können die Schleimhaut aber nur an jenen Stellen treffen, welche die Einathmungsluft zu passiren hat und somit müssten die Spuren der Luftstromrichtung durch die Jodreaction nachweisbar sein. Von diesen Prämissen ausgehend, schritten wir zur Ausführung der Experimente. Anfänglich wählten wir bloss Leichenköpfe, welche auf ein Kopfgestell, so weit es ging, befestigt wurden. Diese Köpfe waren möglichst tief vom Rumpfe getrennt, um an denselben noch einen Theil der Trachea zu belassen, in welche ein Schlauch eingeführt wurde, um mit Hilfe eines Blasebalges oder einer Spritze Luft aspiriren zu können. Der Mund wurde mittelst Tücher luftdicht zu verschliessen getrachtet. Für die Nase wurde aus vulkanisirtem Kautschuk eine Art Futteral construirt, welches nach der Form der Nase gebaut war, so dass es die Nase bis zur Glabella und die Eingangsöffnungen der Nase, die äusseren nämlich, vollständig deckte, ohne die letzteren knapp zu berühren. An der Stelle, wo sich die Nasenöffnungen befinden sollten, war, beiläufig in der Mitte, der Scheidewand entsprechend, eine Oeffnung angebracht, welche nach aussen mit einem kurzen Röhrenstück versehen wurde. Ueber dieses Röhrenstück wurde ein kurzer Kautschukschlauch (Verbindungsstück) geschoben, welcher an seinem entgegengesetzten Ende ein, zu einer 4*cm* im Durchmesser haltenden Kugel aufgeblasenes Glasrohr trug. Das Nasenfutteral wurde über die Nase gestülpt und mit Glaserkitt luftdicht befestiget. Auf diese Weise wurde eine Einführung von Röhren, wie es PAULSEN gethan, in die Nase vermieden, um den Luftstrom in seiner Richtung nicht zu beeinflussen. Trotzdem befriedigten die auf diese Weise ausgeführten Versuche nicht, indem sie von der im Leben üblichen Athembewegung noch weit abweichen. Insbesondere schien uns die Trennung des Schädels vom Rumpfe unzulässig, einmal schon deshalb, weil die Fixation des Schädels im Allgemeinen schwierig und unzulänglich bewerkstelligt werden konnte, anderseits, weil der zum Zwecke der Aspiration eingefügte Schlauch verschiedenen Knickungen ausgesetzt war. Wir nahmen daher unsere Zuflucht zu ganzen Leichen und zu möglichst frischen, bei denen seit Eintritt des Todes in der Regel 24—48 Stunden verflossen waren. Unter diesen Versuchsobjecten befanden sich Leichname von Männern und Frauen verschiedenen Alters.

Im Ganzen stellten wir 10 Versuche an ganzen Leichen an; die an den Köpfen gemachten Versuche sind hier unberücksichtigt geblieben, obwohl auch an einzelnen, wie wir nachträglich constatiren konnten, gleiche Resultate erzielt wurden. An den Leichen führten wir zunächst die tiefe Tracheotomie aus und banden eine daumendicke Glascanüle in die Luftröhre ein. Von der Canüle führte ein Kautschuckschlauch zu einem Zweiweghahn und von diesem ein zweiter Schlauch zu einer Spritze mit 400 cm^3 Fassungsraum. Bei der einen Stellung des Hahnes communicirte der Innenraum der Spritze mit der Trachea, bei der zweiten Stellung war diese Communication unterbrochen und ein Weg nach aussen für die in der Spritze enthaltene Luft eröffnet. Während der Spritzenstempel vorgezogen wurde, saugte er Luft aus der Trachea. Die Entleerung der Spritze erfolgte, wie erwähnt, nicht durch die Luftwege, sondern durch die zweite Bohrung des Hahnes nach Aussen. Sehr wichtig ist der hermetische Abschluss der Mundöffnung, damit die aspirirte Luft ausschliesslich durch die Nase und nicht auch durch die Mundhöhle eindringt. Zu diesem Zwecke vernähten wir Ober- und Unterlippe mittelst Knopfnähten. Diese Vorsichtsmassregel war nicht ausreichend. Wenn auch jetzt keine Luft durch die Mundöffnung einströmte, so war doch die freie Luftpassage noch immer nicht, auch nicht einmal durch die Nase hergestellt, obwohl dieselbe vor Beginn des Versuches gereinigt worden war. Als ein unbeachtetes Hinderniss für den Luftwechsel wurde die Zunge erkannt. Wenn man nämlich an einer wie angegeben vorbereiteten Leiche, mit der Spritze die Luft ansaugt, so legt sich der Zungengrund über den Kehlkopfeingang und bildet dort einen hermetischen Abschluss der Luftwege, so zwar, dass der losgelassene Spritzenstempel in seine ursprüngliche Lage wieder zurückkehrte. Es bestehen an der Leiche dieselben Verhältnisse wie sie zuweilen in tiefster Chloroformnarkose beobachtet werden. Mit der Eruirung der Ursache des Misslingens der ersten Athemversuche war auch die Abhilfe geschaffen. Durch das Vorziehen der

---

*) Siehe Internationale Klinische Rundschau Nr. 40 1894.

Zunge war die Luftpassage wieder frei gegeben, demnach mussten wir auch für die gehörige Fixirung der Zunge während des Versuches Sorge tragen und erreichten dies auch so, dass wir die Zunge mit ihrem freien Rande zwischen die Lippen nähten. Nun konnte durch Vorhalten eines Spiritusflämmchens vor die Nasenöffnung die Ueberzeugung gewonnen werden, dass bei Bewegungen des Spritzenstempels die Luft frei durch die Nasenhöhle ein- und austrat. Nachdem die Nase in der vorher angegebenen Weise versorgt war, begann das Experiment abwechselnd in liegender und sitzender Stellung des Cadavers bei möglichst natürlich-richtiger Kopfstellung. In die Glaskugel wurden einige Schüppchen Jod gebracht und dieselbe hierauf mittelst einer Weingeistflamme so weit erwärmt, dass sie sich mit Joddämpfen füllte. Nun wurde der Spritzenstempel angezogen und die Dämpfe durch die Nase gesaugt. Diese Procedur wurde etwa 10 Mal wiederholt und damit war das eigentliche Experiment beendet. Wie bereits erwähnt, erfolgte die Exspiration, d. i. die Entleerung der Spritze, nicht durch die Nase, sondern durch den eingeschalteten Hahn direct nach aussen.

Die eingesaugten Joddämpfe trafen zunächst das Filtrum der Oberlippe, erfüllten den Hohlraum unterhalb der Nasenhöhle und traten dann erst in die letztere ein. Nach Entfernung der beim Experiment in Anwendung gebrachten Vorrichtungen, wurde der Schädel vom Rumpfe getrennt, genau in der Medianlinie durchsägt, so dass das Septum narium mindestens einerseits unversehrt erhalten blieb. Nach Eröffnung der Nasenhöhle wurde dieselbe mit Stärkekleister übergossen, und da gab die charakteristische Jodfärbung genau den Weg an, welchen der Luftstrom während des Experimentes eingeschlagen hatte. Es zeigte sich, dass die Hauptmasse des Luftstromes den mittleren Nasengang, nur mässig den oberen Nasengang passirte, während nur ein geringer kaum nennenswerther Theil auch in dem unteren Nasengange seine Spuren zurückliess. So sieht man an einem Schädel eines 30jährigen Mannes mit vollkommen normaler Beschaffenheit der Nase am Vestibulum bis zum Limen vestibuli eine starke Anhäufung des Jodniederschlages, von hier aus wird dieser Niederschlag, nachdem er sich am vorderen Rande und an der freien Fläche der unteren Muschel nur mässig angelegt hat, gegen den mittleren Nasengang am intensivsten, der obere Gang zeigt nur mässige Spuren, auch an der freien Fläche der mittleren Muschel ist ein mässiger Jodniederschlag zu merken. Im Ganzen ist dadurch ersichtlich, dass der Luftstrom der Hauptmasse nach zuerst in gerader Richtung nach aufwärts steigt, um im Bogen nach hinten und unten durch die Choanen in die Rachenhöhle zu treten.

An einem Schädel eines etwa 20jährigen Mannes, Experiment bei sitzender Leiche, ist der Weg des Luftstromes ebenfalls aufsteigend, hauptsächlich durch den mittleren und theilweise oberen Nasengang.

An dem Schädel eines 70jährigen Mannes, bei dem die Muscheln der senilen Atrophie verfallen sind, sieht man am eclatantesten, dass der Luftzug nach oben gerichtet ist. Die im unteren Nasengang bemerkbaren dunklen Stellen dürfen gleich den Stromschleifen nur als Nebenbahnen betrachtet werden. Aus dem letzten Falle lässt sich der Schluss ziehen, dass das Fehlen oder Vorhandensein der unteren und mittleren Muschel keinen Einfluss auf die Richtung des Luftstromes nehme, wie von einigen Autoren angenommen wurde. Und in der That liefert die zweite Gruppe der Untersuchung den Beweis, dass von Natur aus die Raumverhältnisse der Nasenhöhle so angelegt sind, dass jener Theil, welcher der Hauptpassage gewidmet wird, am breitesten ist. Sohin ist auch die Erscheinung erklärlich, dass bei Verlegung des mittleren Nasenganges, welcher, wie ein Ausgusspräparat beweist, der breiteste ist, Athembeschwerden eintreten.

Ausgehend von der Idee, man müsse aus der Betrachtung des architektonischen Aufbaues der Nasenhöhle über die in Rede stehenden Verhältnisse Aufschluss erhalten, fand ich mich veranlasst, neuerlich die Anatomie der Nase einer besonderen Berücksichtigung zu unterziehen. Ich wählte dazu eine Methode, welche mit Bezug auf dieses Organ neu und so weit meine Kenntnisse der Literatur reichen, vor mir niemals betreten worden. Ich fertigte nämlich Ausgüsse der Höhle an und konnte an diesen mit einem Blicke die Raumverhältnisse, den Verlauf des in einzelnen Abtheilungen gegliederten Luftweges viel besser übersehen, als dies durch die Untersuchung der Nasenhöhle selbst jemals möglich war. Wir können in die intacte Nasenhöhle nur durch die relativ engen Eingangspforten, Nasenloch und Choane nur sehr unvollkommenen Einblick erhalten, so wie wir aber zur Erlangung einer besseren Uebersicht, das Septum entfernen, haben wir die Nasenhöhle in ihrer Integrität zerstört und können dann über die Dimensionen des Luftraumes, der früher da bestand, keinen Aufschluss mehr erhalten. Es gibt also ausser dem von mir betretenen kaum einen anderen zum Ziele führenden Weg, als den, zahlreiche Querschnitte durch die Nasenhöhle anzulegen und durch Aneinanderreihung derselben im Geiste die Form der Nasenhöhle selbst durch eine Art Integration wieder herzustellen. Bei dem ausserordentlich complicirten Bau der Nasenhöhle, deren Querschnitt, man möchte sagen, von Millimeter zu Millimeter wechselt, dürfte es kaum Jemandem gelungen sein, auf dem eben angegebenen Wege ein mit den wirklichen Verhältnissen übereinstimmendes Bild zu gewinnen.

Selbst die besten Kenner der Nasenhöhle werden zweifellos beim ersten Anblick eines Ausgusses derselben überrascht sein und manches Neue an demselben lernen können. Ueber die Methode, wie solche Ausgüsse angefertigt werden, gehe ich hier hinweg. Die mit freundlicher Unterstützung des Herrn Prof. Kolisko ausgeführten Versuche haben noch nicht unsere vollste Befriedigung und werde ich nach weiteren Versuchen an geeigneter Stelle Mittheilung machen. Hier will ich Ihre Aufmerksamkeit nur auf jenen Theil des Modelles lenken, welcher dem mittleren Nasengang entspricht. Sie sehen denselben an dieser Stelle am dicksten und einen ununterbrochenen Zug, welcher direkt vom Nasenloch durch den engen Theil gegen diesen Abschnitt der Nasenhöhle und bis in die Choane hinführt, ohne durch eine Vertiefung oder Einkerbung unterbrochen zu sein.

Wir erfahren also bei der Betrachtung des Modelles, dass es nur einen weiten und hindernisslosen Weg durch die Nasenhöhle gibt und dass dieser Weg der mittlere Nasengang ist. Dadurch ist auch die durch das Experiment an Leichen gewonnene Thatsache, dass ein durch die Nase streichender Luftstrom seinen Weg hauptsächlich durch den mittleren Nasengang nimmt, zur Genüge unterstützt.

Jean Riolan der Jüngere.

Von

Robert Ritter v. Töply, Garde- und Regimentsarzt.

Vorgetragen in der 34. Abtheilung der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien am 27. September 1894.

Meine Herren! Wenn Sie, die Literatur durchgehend, irgend einen Artikel über J e a n R i o l a n d e n J ü n g e r e n aufschlagen, so werden Sie den Eindruck empfangen, als stünden Sie vor einem abgeschlossenen Ganzen, vor einem wohlfundirten, bis in die Einzelheiten ausgeführten Gebäude, von dem ohne Störung der Integrität nichts hinweggenommen werden dürfe und dem auch ohne Schaden und Nachtheil nichts weiter beizufügen sei. Ich glaube jedoch Gründe zu haben, die gegen diese Anschauung sprechen und eine Revision der Biographie Riolan's als berechtigt, als nothwendig erscheinen lassen.

1. Was die Franzosen über ihn geschrieben und die Anderen nachgeschrieben haben, ist zum Theile lückenhaft, zum Theile nicht richtig, sowohl mit Bezug auf seine Biographie, als auf seine wissenschaftlichen Anschauungen.

P o r t a l gibt in seiner trefflichen Geschichte der Anatomie ein ausführliches Referat über die anatomischen Leistungen R i o l a n's.

Eine solche Arbeit ist anscheinend nicht allzuschwer. Es hat ja Riolan in seiner Anthropographie die bemerkenswerthen Stellen à la Baedeker mit Kreuzen und Sternen bezeichnet. Bedenkt man jedoch, dass es mehr als 850 solcher Stellen gibt, so wird man es begreiflich finden, dass auch der gewissenhafte Portal Manches, darunter sogar Wichtiges übergangen hat.

Le Fort hat in den Conférences historiques der Pariser medicinischen Facultät 1866 eine geistreiche Skizze über Riolan geliefert: delicates Naschwerk für den Gaumen eines verwöhnten Feinschmeckers, aber ohne systematische Durcharbeitung uud ohne Kritik.

Chéreau hat schliesslich einen Stammbaum der Familie Riolan (im Dictionnaire des sciences médicales von Dechambre) gebracht, durch den die Biographie in ein neues Fahrwasser geleitet schien. Aber dieser Stammbaum leidet an zwei Fehlern. Erstens gründet er sich auf Dokumente, welche seither zu Grunde gegangen sind. Seine Richtigkeit ist also heute nicht mehr zu kontrolliren. Zweitens ist er nicht überall stichhältig. Die darin enthaltenen Daten stimmen nicht immer überein mit jenen, welche wir noch besitzen und die von Riolan selbst redigirt und revidirt wurden.

2. Ein Index bibliographicus, die Hauptquelle für die Biographie eines Mannes von so ausgedehnter literarischer Thätigkeit, existirt nicht. Riolan hat nach meiner Schätzung über 40 Einzelnarbeiten in etwa 50 Ausgaben verfasst. Sie sind in alle Winde zerstreut und werden selbst in grösseren Bibliotheken mit den Werken des Vaters verwechselt oder anderen Autoren zugesprochen.

3. Die Sage, welche um den Ruhm eines grossen Mannes ihre Kränze flicht, verdunkelt damit auch dessen Bild. So ist schliesslich der Name Riolan zum Mythus geworden, wie der des Albertus Magnus und Paracelsus, wenn auch in beschränkterem Kreise. Hier der Beweis.

Im Jahre 1788 erschien in Deutschland ein Buch unter dem Titel:

Die Erzeugung der Menschen und Heimlichkeiten der Frauenzimmer, wie auch von der Erzeugung der Söhne und Töchter — von Riolan.

So bedeutend klang noch 131 Jahre nach dem Tode Riolan's dessen Name, dass er als Locktitel gesucht und begehrt wurde.

So stehen wir den heute mit der Biographie Riolans vor einem Problem, das allerdings umso interessanter sich gestaltet, je schwieriger es ist.

Jean Riolan der Jüngere ist 1580 (20. Februar) in Paris geboren und 1657 (21. Februar) daselbst gestorben.

Die 77 Jahre seines thatenreichen Lebens zerfallen in folgende vier Abschnitte:

1. 20 Jahre Jugend.
2. 30 Jahre anatomischer Thätigkeit.
3. 10 Jahre im Dienste der Maria von Medici.
4. 15 Jahre literarischer Kämpfe um physiologishe Fragen.

* * *

Erste Lebensperiode.

Die Jugend und medicinische Erziehung Riolan's stand unter der Aegide von drei Grazien — soferne der Ausdruck richtig ist, wenn man von Professoren der damaligen medicinischen Facultät in Paris spricht. Es waren dies Jean Riolan der Vater, der Oheim Simon Pietre und Michael Marescot. Seine Familie gehörte zu den angeseheneren der Stadt. Als Beweis das Wappen, das sie führte, als Beweis die Bemerkung, welche der bekannte Chronist Pierre de l'Estoile bei dem Tode Riolan des Alteren in sein Tagebuch schrieb: «Es starb der Arzt Riolan, geschätzt als einer der gelehrtesten in seinem Fache, nicht allein in Frankreich, sondern in Europa.» Dieses Lob ist zwar überschwänglich, es entbehrt jedoch nicht allen Grundes.

Der junge Jean, bereits als Baccalaureus Demonstrator der Anatomie (archidiaconus) wurde 1604 Doctor und bald darauf durch Empfehlung des königlichen Primararztes Du Laurens zum Professor der Anatomie und Pharmacie ernannt.

Zweite Lebensperiode.

Bis zum Jahre 1600 waren im damaligen Frankreich 16 Universitäten gegründet, als älteste die zu Paris. Die orthodoxe medizinische Facultät, seit dem Mittelalter das Centrum des Konservativismus, stand im Widerspruche mit dem Könige. Heinrich IV. war Opportunist. Er wechselte den Glauben, die Gattinnen, die Maitressen je nach Bedarf. Was aber noch viel ärger war, er brach mit der Tradition, laut welcher der Primararzt des Königs ein Pariser Doctor sein sollte, er zog Aerzte von Montpellier an den Hof und mit ihnen den Paracelsismus, die chemiatrische Richtung, die Spiessglanzpräparate. Der Kampf der Facultät gegen diese Einwanderung ist bekannt. Allgemein gilt Riolan der Vater als Vorkämpfer der Facultät, thatsächlich war es jedoch der Sohn, welchem der Löwenantheil gebührt. Er begann diesen Kampf gegen Harvet (Israel, in Orleans) und gegen den am königlichen Hofe angestellten Du Chesne, vulgo Quarcetan, schon als Kandidat der Medicin und beendete ihn als Professor. In diesem Streite wurden in den Jahren 1604—1606 zehn Streitschriften gewechselt.

Die Facultät hatte damals ein förmliches Inquisitionstribunal gegen die Chemiatrie errichtet. Sie kennen die Processe gegen Turquet (1603) und Pierre de la Poterie. Ihnen schliesst sich der Process gegen Pierre le Paumier an. Dieser hatte die chemischen Anschauungen des Libavius zu den seinen gemacht. Riolan erhielt von der Facultät den Auftrag, Paumier's Schrift «Laurus palmaria» zu prüfen. Er entledigte sich der Aufgabe binnen 8 Tagen. Die Facultät versuchte Paumier zu zwingen, die beanständeten Artikel abzuschwören. Er recurrirte an's Parlament. Es kam zum Processe und Paumier wurde zum Verlust seiner Titel und Ehren verurtheilt. Man sieht, Unduldsamkeit war die Devise der Facultät. Riolan lernte an den Brüsten der Alma mater bei bei Zeiten in vollen Zügen sie schlürfen.

Es muss Wunder nehmen, dass er zu jener Zeit ein Buch schrieb, welches durch Duldsamkeit sich auszeichnet. Die kleine Schrift De monstro aus dem Jahre 1605 ist eine philosophische Abhandlung über Missbildungen. Riolan theilt diese in zwei Classen: secundum speciem und in individuo. Letztere entspricht unserem heutigen Begriffe von Missbildungen. Vergleichen Sie, was Lycosthenes, Paré und später Fortunio Liceti über das Thema geschrieben, so werden Sie finden, dass dieses Schriftchen ein kleines, hochinteressantes Juwel ist, welches bisher nicht genügend gewürdigt wurde.

Riolan's Vater starb 1605 oder 1606. Der Sohn veranstaltete eine Gesammtausgabe von dessen Werken (1610), denen er seine eigene, bereits vorher (1608) erschienene Anatomie anschloss. Das Werk erschien fast gleichzeitig in zwei Ausgaben, was, wie ich glaube, bisher unbekannt war. Sie unterscheiden sich wesentlich in der Dedication an den Herzog von Sully, den mächtigen Minister. Riolan befürwortet darin die Errichtung eines botanischen Gartens und eines anatomischen Theaters. Die Idee war gut, dem Minister das vorzubringen, was er dem Könige vorzutragen nicht wagte. Er wusste, dass der König die Zeilen lesen werde, denn der Dedication an Sully geht eine andere an den König voran. Riolan kannte eben die Diplomatenkniffe, aber er war ein Diplomat ohne Geschick und ohne Glück. 1610 wurde der König ermordet. Sully zog sich von den Staatsgeschäften zurück. Die Königin-Mutter Maria von Medici übernahm für den minderjährigen Dauphin Ludwig XIII. die Regierung. Eine neue Epoche war plötzlich eingetreten.

Gewisse Frauen müssen von Zeit zu Zeit ihre Sensation haben. Riolan konnte ohne Streit und Kampf nicht leben. Er stürzte sich sofort in den Streit mit Duval, welcher behauptet hatte, Adam sei ein Hermaphrodit gewesen (1611—1615) und wies nach, dass ein wahrer Hermaphroditismus überhaupt nicht vorkommt, dann in den Streit mit Habicot (1613—1618). Es ist charakteristisch, dass Riolan in letzterem zwar formell nachwies, dass Giganten nie existirt haben, thatsächlich aber die Gelegenheit benützte, über die Anmassungen der Chirurgen herzufallen, welche sich erfrechten, jene Wissenschaft zu treiben, die nur Doc-

toren ansteht. Diese Streite vermehrten die Bibliotheken um 10 Werke.

Nach langem Petitioniren und Parlamentiren erlangte Riolan im Jahre 1622 die Errichtung eines anatomischen Theaters. Das Aussehen eines solchen gibt recht charakteristisch der grosse Kupferstich nach De Gheyn. In den folgenden zehn Jahren erreichte er die Höhe der Situation. Er wurde zum Consailiarius des Königs Ludwig XIII ernannt. Seit 1607 verheiratet, erfreute er sich eines Familiensegens von 9 Kindern. In seinem Fache galt er als Fürst der Anatomen. Zwar hatten ihm die Vorgänger seine Stellung nicht leicht gemacht. Seit der Gründung des Collége de France im Jahre 1530 zählt Paris, welches bis dahin in der Anatomie nichts geleistet hatte, bis auf Riolan eine Reihe von ganz respectabeln Namen: Jean Fernel, Günther von Andernach, Jacques Dubois, Charles Estienne, Ambroise Paré, Severin Pineau, Michael Marescot, Germain Courtin.

Was Riolan als Anatom geleistet hat, ist sattsam bekannt. Sie kennen aus der Anatomie das Bouquet de Riolan, den Musculus orbicularis Riolani. Sie wissen, dass er den Anconaeus quartus und die Zwischenknorpel des Kniegelenks entdeckt, dass er eine beträchtliche Zahl von Muskeln theils genauer beschrieben, theils mit den noch heute giltigen Namen versehen hat. Sie kennen seine Errungenschaften auf dem Gebiete der Muskel- und Eingeweidelehre, sowie in der Embryologie. Seine Schwächen liegen auf dem Gebiete der Lehre vom Gehirn, den Brusteingeweiden und den Genitalien. Gross ist er als ausübender Anatom. Sein Auditorium betrug stets 200—300 Zuhörer. Wenn er im selben Seidentalar, in dem er eine Section elegant vorgenommen hatte, die Lehrkanzel bestieg, so übte er auf seine Schüler einen fascinirenden Eindruck. Es sind Namen von gutem Klange darunter: Kaspar Hofmann, Paul Marquard Slegel, Johann Georg Wirsung. Ihre Briefe überströmen von Ergebenheit.

Die kleine Anatomie Riolan's wurde immer wieder begehrt. 1624 erlebte sie schon die vierte Auflage. Parallel mit ihr veranstaltete er immer neue Auflagen seiner Anthropologie. Die vom Jahre 1626 enthält sein Porträt, sowie eine Abbildung, in welcher er dem Könige Ludwig XIII. ein Buch überreicht mit der Inschrift: Gnoothi seauton, honora medicum. Aber er überreichte es knieend. Sie sehen, er verstand sich auf bittere Pillen mit Zuckerüberguss.

* * *

Dritte Lebensperiode.

Der Zwiespalt zwischen der Königin-Mutter Maria von Medici und ihrem Sohne, dem König Ludwig XIII; sowie dessen Minister Richelieu führte schliesslich dahin, dass ihr Primararzt und politischer Mitschuldiger Vautier (im Jahre 1631) in die Bastille geworfen wurde und dass sie bald darauf nach Flandern floh (18 Juli 1631). Das beste Porträt der kunstliebenden, heissblütigen Frau ist die Zeichnung von Rubens (kurz vor der Flucht angefertigt 12. Mai 1629). 1633 erkrankte Maria in Antwerpen. Anstatt des heissersehnten Vautier sandte ihr der König zwei Aerzte. Der eine von ihnen war Riolan (der andere Nicolas Pietre). Er blieb bei der Königin bis zu ihrem Tode und begleitete sie als ihr Primararzt durch volle 10 Jahre auf ihren rastlosen Wanderungen. Sein, wie er behauptet, viel zu geringes Gehalt betrug jährlich 7778 Mark. Von Flandern zog Maria nach Holland, dann nach England zu ihrer Tochter, der Gattin des Königs Karl I. Hier empfing Riolan den Besuch des königlichen Arztes Harvey. Das Gespräch streifte zwar die Lehre vom Blutkreislauf, es hielt sich jedoch in den Schranken der conventionellen Höflichkeit. Erst 10 Jahre später sollten sich die beiden Kämpen messen.

Dem Druck des puritanischen Parlaments nachgebend, verliess Maria London und begab sich nach Köln, wo sie 1642 an einer von Riolan diagnosticirten Gangrän des Unterschenkels starb.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

24.—30. September 1894.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau») (Fortsetzung.)

Section: Kinderheilkunde.

Ganghofner (Prag): *Ueber spastische cerebrale Lähmungen im Kindesalter.*

Nach kurzer Besprechung der Symptomatologie, Aetiologie und Pathogenese der infantilen spastischen Cerebrallähmungen gibt der Vortragende eine ausführliche Schilderung von drei beobachteten Fällen derartiger Erkrankungen mit Sections-Befund. Sowohl das Krankheitsbild, als die Ergebnisse der makro- und mikroskopischen Befunde stimmen in allen drei Fällen überein. Die Krankheitsgeschichte einer dieser Fälle, der sich auf ein 11jähriges Kind bezieht, gibt z. B. in Kürze folgende Angaben:

Motilitäts-Störungen von frühester Jugend an. Erst im neunten Jahre beginnt das Kind gehen zu lernen. Das Kind wird wegen Rachen-Diphtherie in das Spital gebracht. Status praesens: Mässig entwickeltes Kind. Schädel normal, Strabismus convergens, Pupillen-Reaction prompt. In der Rückenlage sind die Beine gestreckt, grosse Zehe dorsal flectirt. Active Bewegung möglich. Bei passiver Bewegung starker Widerstand. Der Gang sehr gestört, ohne Unterstützung unmöglich. Dabei sind die Kniee gebeugt, Fussspitzen-Gang mit einwärts rotirten, überkreuzten Füssen. Reflexe gesteigert, Intelligenz herabgesetzt, Exitus am dritten Tag. Sections-Befund: Schädel normal, Meningen leicht verdickt, Gefässe normal. Tractus olfactorius der einen Seite in einen fadenförmigen Strang umgewandelt. Ventrikel erweitert, Ependym verdickt. Nirgends Herd-Erkrankung. Rückenmark blass. Im unteren Dorsalmark der Central-Canal erweitert, mit klarem Serum erfüllt. Nervenstämme normal.

Ganz analoges Krankheitsbild und Sectionsbefund haben auch die anderen zwei Fälle. Besonders ist überall das Bestehen eines Hydrocephalus leichteren oder schweren Grades, sowie die Intactheit der Pyramiden-Bahnen hervorzuheben. Um die Krankheits-Erscheinungen aus dem Befund erklären zu können, stellt der Vortragende die Hypothese auf, dass bei Hydrocephalus Störungen der Grosshirn-Rinden-Functionen existiren könnten, welche anatomisch nicht nachweisbar sind. Die spastischen Erscheinungen könnten dann als Wegfall der physiologischen reflex-hemmenden Function der Rinde erklärt werden.

Ein weiterer Fall bringt einen Beitrag zu der Beobachtung Sternberg's über die psychische Beeinflussung mancher Fälle von spastischer Cerebral-Lähmung. Er betrifft ein zweijähriges Kind aus gesunder Familie, das kurz nach der Geburt durch acht Tage Krampf-Anfälle gehabt hatte. Aus dem Status ist hervorzuheben: Hydrocephalus. Strabismus convergens. Der Kopf ist nach links gewendet, Widerstand beim passiven Drehen. Bei ruhiger Stimmung ist sowohl active, wie passive Beweglichkeit der Extremitäten möglich. Wird das Kind erregt, so werden die oberen und unteren Extremitäten starr abgestreckt, passiv unbeweglich. Reflexe gesteigert. Das Kind starb an Masern. Sowohl die makrowie mikroskopische Untersuchung des Gehirnes ergab normalen Befund, so dass der Vortragende auch hier geneigt ist, an eine functionelle Störung der Grosshirn-Rinde bei bestehendem Hydrocephalus zu denken.

Hierauf wendet sich der Vortragende zu der Besprechung des Verhältnisses der cerebralen Kinderlähmung zur Encephalitis. Der Zusammenhang dieser beiden Erkrankungen ist vielfach besprochen worden. Besonders ist Strümpell dafür eingetreten, dass die meisten Fälle von cerebraler Kinderlähmung auf Encephalitiden zurückgehen und dass diese wieder eine nur durch die Localisation von der Poliomyelitis verschiedene Erkrankung sei. Während Strümpell früher annahm, dass diese Encephalitiden sich nur auf die graue Substanz erstrecken, hat er im Jahre 1891 seine Anschauung geändert und zugegeben, dass auch die weisse Substanz betheiligt sein könne. Eine durch Encephalitis entstehende Kinder-

lähmung lasse sich durch die Erscheinungen ihres Anfangs-Stadiums von anders entstandenen Kinderlähmungen trennen. Gegen diese Anschauung sind besonders FREUD und RIE in einer gemeinsamen Arbeit aufgetreten. Die von STRÜMPELL als für Encephalitis charakteristisch angegebenen Symptome, der plötzliche Beginn, die Allgemein-Erscheinungen finden sich auch bei anderer Aetiologie. Die Autoren neigen sich der Ansicht zu, dass es sich sowohl bei der Poliomyelitis, wie bei der Polioencephalitis, wie MALI meint, um Infections-Krankheiten handle. Einen Beitrag zu den Fällen von Kinderlähmungen in Folge von Encephalitis liefert eine Beobachtung des Vortragenden mit Sections-Befund. Es handelt sich um ein Kind aus gesunder Familie, ohne vorhergehende Krankheiten, welches plötzlich unter Fieber erkrankte. Bei der Aufnahme hatte das Kind hohes Fieber, lag regungslos im Bett; der linke Arm gestreckt, der rechte gebeugt. Beide Arme steif, auf passive Bewegung grosser Widerstand. Der Kopf nach links gewendet, die Augen in Convergenz-Stellung, Pupillen-Reaction träge. Anhaltender Sopor. Der Zustand bleibt unverändert, das Fieber hält an. Am zehnten Tag Exitus letalis. Obductions-Befund: In Pons, Medulla, Linsenkern, Hirnschenkeln die graue Substanz gelb-braun gefärbt, mit reichlichen grösseren und kleineren Blutungsherden. Ventrikel meist vergrössert, Ependym zart. Diagnose: Encephalitis hämorrhagica acuta, Degeneration des Myocards, acute Nephritis. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Blutaustritte, kleinzellige Infiltrationen keine Bacterien.

Hält man diesen Fall und einen Fall REDLICH's, bei welchem sich neben Poliomyelitis zugleich Erkrankungen in der weissen Substanz des Grosshirnes fanden mit den neuen Untersuchungen GOLDSCHEIDER's zusammen, welche den systematischen Typus der Poliomyelitis leugnen und auch die Poliomyelitis als eine von den Gefässen ausgehende Erkrankung darstellen, welche die graue und die weisse Substanz ergreifen könne, so scheint die Ansicht STRÜMPELL's über die Identität gewisser Formen von cerebraler Kinderlähmung mit Poliomyelitis eine Bestätigung zu finden. Inwieweit es möglich sein wird, derartige Fälle klinisch abzugrenzen, kann erst weitere Erfahrung lehren.

REHM (Frankfurt) hat in Fällen mittleren Grades von Hydrocephalus nie spastische Erscheinungen gesehen. Er meint daher, dass in den von GANGHOFNER berichteten Fällen noch ein bis jetzt unbekanntes, pathologisches Moment hinzutreten müsse, um die spastischen Symptome zu erklären.

GANGHOFNER: Coïncidenz von Hydrocephalus und spastischen Erscheinungen bedeute freilich keine directe Abhängigkeit. Sie deute nur darauf hin, dass das Gehirn während seiner Entwicklung von Störungen betroffen wurde. Das Ergebniss ist vieleicht nur eine functionelle Minderwerthigkeit des Gehirnes, wodurch der Wegfall der normalen Hemmung auf die spinalen Reflexe sich erklären lässt.

* * *

Ranke (München): *Einiges über Hydrocephalie.*

1. Ueber die Frühdiagnose des Hydrocephalus.

Die Diagnose der Anfangs-Stadien des chronischen Hydrocephalus kann mitunter grosse Schwierigkeit bereiten. Solange die Grösse des Kopfumfanges nicht so abnormal ist, dass sie allein die Differenzial-Diagnose von einfach rhachitischem Schädel erlaubt, muss man sich an die Verwerthung derjenigen Symptome halten, welche man von dem vollkommen entwickelten Krankheitsbild des Hydrocephalus aus kennt. Ausser den eklamptischen Anfällen, die TROUSSEAU zur Diagnose verwendete, und wichtiger als diese führt der Vortragende die spastischen Erscheinungen an, welche bei jedem, dem primären oder secundären, angeborenen oder erworbenen, internen oder externen Hydrocephalus auftreten und oft früher sich entwickeln, als eine bemerkbare Grössen-Zunahme des Kopfes. Als Beispiel theilt RANKE zwei Fälle mit. Der erste betrifft ein drei Monate altes Kind, das mit tetanisch gestreckten unteren Extremitäten, Kreuzung der Beine durch Adductoren-Contraction, klonischen Zuckungen in den Armen zur Aufnahme gebracht wurde. Es hatte auch ausserhalb dieser Anfälle, bei welchen manchmal auch Opistotonus auftrat, Muskel-Spannungen. Das Kind gieng an gehäuften laryngospastischen Anfällen — bis zu 10 im Tage — zugrunde. Die Obduction ergab nur Hydrocephalus internus und externus. Der zweite Fall betrifft ein 10jähriges Kind mit ganz ähnlichem Krankheitsbild. Auch hier tonische Starre der Extremitäten, Spasmen, Kreuzung der Beine bei normalem Schädel-Umfang. Das Kind gieng an Lobulär-Pneumonien zugrunde. Auch hier fand sich nur Hydrocephalus intern und extern.

Besondere Schwierigkeit kann die Differential-Diagnose auf Grund dieses Krankheitsbildes zwischen Hydrocephalus und spastischer Gliederstarre bieten. Als entscheidende Momente führt RANKE an, dass die spastische Gliederstarre bei Agenesie, Porencephalie, Hirn-Sclerose, Degeneration der Pyramiden-Bahn gewöhnlich nur die unteren Extremitäten betrifft, während die Spasmen bei Hydrocephalus auch die oberen Extremitäten, mitunter auch den Kopf betreffen. Ausserdem spricht für Hydrocephalus das Auftreten in frühester Jugend und die eklamptischen Anfälle.

2. Jod-Injection bei Hydrocephalus chronicus.

Das Kind, bei welchem RANKE diesen Versuch machte, war zehn Monate alt, aus gesunder Familie. Von der sechsten Woche an hatte sich abnormes Kopfwachsthum gezeigt, welches immer grössere Dimension annahm. Das Kind wurde RANKE von seinen Eltern mit dem entschiedenen Verlangen, es zu operiren, gebracht. Bei der Aufnahme war der Schädel-Umfang 58 *cm*, Reflexe gesteigert, Muskelerregbarkeit erhöht. Strabismus convergens. Von den bisher verwendeten Operations-Methoden, wiederholte Paracentese, Paracentese mit Einlegung eines Drains und Paracentese mit Jod-Injection wählte RANKE die letzte, weil sie ihm am relativ ungefährlichsten erschien, und sie durch einen Fall TORNESCO's (Bukarest) mit zunächst günstigem Resultat (Endausgang unbekannt) empfohlen wird. RANKE stiess einen 2*mm* dicken Troikart in die linke Kreuznaht 5*cm* tief ein und entleerte 250 cm^3 Serum. Hierauf injicirte er eine auf 37° erwärmte, sterilisirte Jod-Lösung (10 *gr* Jod, 20 *gr* Wasser). Die Wunde wurde mit Jodoform bedeckt.

Unmittelbar nach der Operation Erbrechen, Temperatur 36°, Collaps. $^3/_4$ Stunden nachher stieg die Temperatur unter wiederholtem Erbrechen auf 40°. Starke Erhöhung der Reflexe. Das Fieber hielt sich während der ersten Tage auf dieser Höhe, doch nahm das Kind fortwährend Nahrung zu sich. Nach 14 Tagen ist das Fieber vorbei, die Jod-Ausscheidung im Harn hat aufgehört, der Kopfumfang hat um 2*cm* abgenommen, Körpergewicht gesunken. Auf dringendes Verlangen der Eltern wird das Kind entlassen und bekommt nach zwei Tagen einen infectiösen Darm-Katarrh mit Temperatur-Steigerung bis auf 40°. Am zehnten Tag Exitus.

Bei der Section des Gehirnes wurden noch 1000 cm^3 Flüssigkeit entleert. Der Inhalt des rechten Ventrikels war klar, der des linken — operirten — war bräunlich gefärbt. Die linke Ventrikel-Wand stark entzündlich verdickt. Die beiden Ventrikel nicht mit einander communicirend.

RANKE schliesst seine Mittheilung mit dem Hinweis, dass der Tod des Kindes nicht auf Rechnung der Operation zu setzen sei, da das Fieber und die Jod-Ausscheidung schon vorbei waren. Höchstens könne der Eingriff durch die Schwächung des Kindes eine indirecte Ursache gewesen sein. Dagegen zeigt die entzündliche Wucherung der Ventrikel-Wand, dass eine Reaction im Sinne des angestrebten Zweckes eingetreten sei. Ihm persönlich sei der Ausgang der Operation eine Ermunterung zu dem gleichen Eingriff bei analogen, verzweifelten Fällen.

* * *

Seitz (München): *Referat über die klinische Diagnostik der Bronchialdrüsen-Erkrankung.*

Nach eingehender Auseinandersetzung der anatomischen Verbreitung der Lymphdrüsen im Thorax geht der Vortragende zu den Symptomen der Erkrankung der glandulae tracheo-bronchiales, welche bei Kindern gewöhnlich der Ausgangspunkt der Tuberculose ist. Die Anschwellung dieser Drüsen kann, ebenso wie die spätere Schrumpfung, zu den verschiedensten functionellen und anatomischen Schädigungen der Organe des Brustkorbes führen, welche den Schwellungen zum Theil mit anderen Tumoren der Brusthöhle gemeinsam, zum Theil aber für sie charakteristisch sind. So wird als wichtiges Charakteristikum der Respirations-Phänomene, welche durch Druck auf die Trachea zu Stande kommen (inspiratorische

Dyspnoe, die sich von Larynx-Stenose durch die mangelnden Excursionen des Larynx und das Fehlen von Stimm-Alterationen unterscheidet, ferner Einziehungen des Thorax) hervorgehoben, dass sie zunächst nicht constant sind, sondern Intermissionen zeigen. Als Erscheinungen von Compression der Venen wird ausser einseitiger Anschwellung der Venen und Oedem des Gesichtes, Nasenbluten auch ein vom Vortragenden gefundenes Venen-Geräusch am oberen Sternalende hervorgehoben, welches bei retrovertirtem Gesicht hörbar ist und auf Compression der V. Azygos hinweist. Auch bei diesen Phänomenen wird von WIDERHOFER Intermittenz angegeben. Als Zeichen von Nerven-Compression wird ein bisweilen nur leichter Reizhusten angegeben, der aber manchmal auch keuchhustenartigen Charakter annehmen kann. Glottiskrampf und Sympathicus-Betheiligung wurden aus einseitig erweiterten Pupillen geschlossen, und als eigenthümliches Symptom durch functionelle Vagus-Störung wird von einigen Autoren ein Fehlen des Sättigungs-Gefühles angegeben.

Die physikalischen Hilfsmittel zur Diagnostik der Drüsen-Schwellungen lassen meist im Stich. Grosse oder besonders hoch gelegene Drüsen lassen sich manchmal im Jugulum palpiren. Die Percussion ergibt nur sehr spärliche Resultate. Wichtiger können die auscultatorischen Ergebnisse werden, welche darauf beruhen, dass das infiltrirte Drüsengewebe ein guter Schallleiter zwischen grösseren Bronchien und Brustwand, und zwar gleichmässig nach vorne und hinten zu, ist. Besonders kann ein in der Höhe des III—V Brustwirbel hörbares, nach vorne und hinten gleich gut fortgepflanztes Bronchial-Athmen die Diagnose erleichtern.

Die Complicationen, zu welchen Erkrankungen der Bronchialdrüsen führen, sind bekannt und leicht aus den Symptomen abzuleiten.

An der Diskussion betheiligten sich FISCHEL, HEUBNER und KASSOWITZ.

FISCHEL (Prag) fügt ergänzend hiezu, dass er bei Erkrankungen der Bronchialdrüsen immer auch Anschwellung der Cervicaldrüsen am Rand des M. Cucullaris gefunden habe.

HEUBNER (Berlin) bemerkt, dass er unter den diagnostischen Hilfsmitteln die zur Diagnose sehr werthvollen KOCH'schen Tuberculin-Injectionen vermisst habe. Er sei von ihrem Werthe überzeugt, und habe sie mit bestem Erfolg bei auf Tuberculose, speciell auf tuberculöse Erkrankung der Lymphdrüsen verdächtigen Kindern angewendet.

KASSOWITZ (Wien) hat häufig (30—40 Fälle im Jahre) meist zweijährige Kinder beobachtet, welche mit der Diagnose: Drüsen-Tuberculose zu ihm gebracht worden waren. Das sind Kinder, deren verlängertes In- und Exspiriren zugleich mit dem von weitem hörbaren Schnaufen und Rasseln zunächst als Tracheal-Stenose imponirt. Bei näherem Nachfragen ergibt sich, dass diese Geräusche verschwinden, wenn die Kinder fest schlafen und die Untersuchung zeigt, dass alle diese Kinder in leichtem Grad an Rachitis leiden und durchwegs rachitische Schädelbildung zeigen. KASSOWITZ glaubt deshalb und gestützt auf die Erfolge seiner Therapie, dass es sich hier um rein functionelle, reflectorische Störungen handelt, um einen Krampf der Bronchialmusculatur, also eine Art von Asthma bronchiale chronicum, in demselben pathogenetischen Zusammenhang mit der Rachitis, wie Stimmritzenkrämpfe, Nickkrämpfe u. s. w.

* * *

Hirschsprung: *Ueber Darm-Invagination bei Kindern.*

Der Vortragende berichtet, gestützt auf ein selbstbeobachtetes Material von 64 Fällen über die Symptome und die Therapie der verschiedenen Arten von Darm-Invagination. Von diesen 64 Fällen wurden 46 an unter einjährigen, 9 an 1—2 jährigen, 9 an älteren Kindern beobachtet. Auffallend ist, dass fast alle Kinder vollkommen gesund waren (nur ein rachitisches Kind), besonders nicht an chronischen Darmkatarrhen litten und alle normales oder sogar übernormales Gewicht hatten; der Erkrankung gingen auch nur in wenigen Fällen anatomische oder functionelle Darm-Störungen voraus. Von den 64 Fällen wurden 38 geheilt. Der Vortragende unterscheidet drei Arten von Invaginationen:

Die Dünndarm-Invagination bietet die classischen Symptome der Darmstenose in der typischesten Form. Sie tritt ganz plötzlich und meist in allerfrühester Jugend (die meisten Fälle waren 5 monatliche Kinder) auf. Die Symptome sind am ersten Tag Schmerzen, nach 36 Stunden galliges Erbrechen, andauernde Entleerung von blutigem Schleim, oft ohne Tenesmus, Indican im Urin. Man sieht nie Peristaltik, dagegen gerade bei dieser Form fast immer einen Tumor, der meist in der linken Fossa iliaca, manchmal beweglich in der Nabelgegend, aber nie in der r. Fossa iliaca liegt. Erst gegen den vierten Krankheitstag wird der Bauch aufgetrieben, am fünften Tag tritt gewöhnlich der Exitus ein.

Die Invaginatio coli scheint gewöhnlich später aufzutreten und an Obstipationen u. dgl. sich anzuschliessen. Charakteristisch ist heftiger Schmerz beim Auftreten der Invagination, wiederholte reichliche Entleerung eines eigenthümlichen, wasserklaren Schleimes, der Sitz der sich leicht zusammenziehenden Geschwulst auf der linken Seite, da meist die Einscheidung in das Colon descendens und die Flexura sigmoidea stattfindet. Der Mastdarm ist nie emporgezogen.

Die Invaginatio ileo-colica ist schwer von der Dünndarm-Invagination zu trennen. Differential-diagnostisch kommt der geringere Blutgehalt der schleimigen Entleerungen und, wenn ausnahmsweise eine Geschwulst palpabel ist, der Sitz derselben in der rechten Fossa iliaca in Betracht.

Zur Untersuchung schwierigerer Fälle wird Chloroform verwendet. Therapeutisch kommt zuerst die Massage, besonders bei Dünndarm-Invaginationen in Betracht, durch welche 4 Fälle geheilt wurden. Es muss manchmal wiederholt und jedes Mal 10 Minuten lang massirt werden. Tritt dadurch keine Reposition ein, so kommen bei Dickdarm- und Ileo-coli-Invaginationen noch Wasser-Eingiessungen, bei Dünndarm-Invaginationen, da das Wasser fast nie über die Coecalklappe hinaufgetrieben werden kann, nur mehr die Operation in Betracht. Die Eingiessungen geschehen bei hochgestelltem Becken mit dem OSER'schen Darmrohr. Der Effect derselben kann erst nach einigen Stunden durch Entleerung von Faeces constatirt werden. Das Verschwinden des Tumors ist für die Reposition nicht beweisend. Ist der Versuch misslungen, so wird er wiederholt. Nur in den dringendsten Fällen soll die Laparotomie versucht werden, für welche der Vortragende, allerdings aus 10 Fällen, eine sehr ungünstige Prognose stellt.

* * *

Heubner (Berlin): *Ueber Arythmie im Kindesalter.*

HEUBNER hat ausser bei Herz- und Hirnkrankheiten arythmischen Puls bei folgenden acht Arten von Erkrankungen beobachtet:

1. Bei Vergiftungen (besonders bei Stechapfel am dritten Krankheitstag, bei Opium am sechsten Krankheitstag).
2. Bei Verdauungs-Störungen durch Auto-Intoxication.
3. Bei Erbrechen und Ueblichkeiten ohne Auto-Intoxication.
4. Bei Infectionskrankheiten und zwar bei Diphtherie und Scharlach (vor dem Auftreten von Herzerkrankungen), auf der Höhe und gegen Ende des Typhus abdominalis, im Verlauf von Masern und Pneumonie.
5. Bei anämischen Zuständen.
6. Beim Abgang von Darmparasiten.
7. Bei Gemüthsbewegungen.
8. In Fällen, wo ausser der Arythmie gar kein pathologisches Symptom zu beobachten war, also bei ganz gesunden Kindern. Auffallend ist dabei, dass eine derartige Arythmie immer bei Auftreten von Fieber verschwindet.

Als ätiologische Momente gibt der Vortragende für manche Fälle directe Einwirkung auf die Respirations-Centren, bei anderen reflectorische Einflüsse an. Bei Vergiftungen und Infectionen scheint der Herzmuskel selbst betheiligt zu sein, bei anämischen Zuständen kommt vielleicht die Hypoplasie des Gefässsystemes durch erhöhten Druck im Herzen in Betracht.

In der Discussion bemerkt ROSENBERG (Wien), dass er bis jetzt ebenfalls zehn Fälle von Kindern im Pubertätsalter beobachtet habe, bei welchen eine Arythmie ohne irgendwelche andere Symptome bestand. Er warnt vor der Diagnose: Myocarditis bei solchen ganz gesunden Kindern.

(Fortsetzung folgt).

VIII. internationaler Congress für Hygiene und Demographie in Budapest.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

(Fortsetzung.)

Dr. SZALÁRDI: Gegenwärtiger Stand des Findelhauswesens in Europa.

Die Frage der verlassenen und unehelichen Kindern hat für Ungarn jetzt eine erhöhte Bedeutung, weil eben der Staat daran geht, eine alte Schuld an diesen Kindern abzutragen und das Findelwesen zu regeln. Es ist deshalb nothwendig, die Erfahrungen, die die anderen Staaten seit Jahrhunderten gemacht haben, sich nutzbar zu machen, um dieses so schwierige Problem richtig zu lösen.

Das Gebiet der Thätigkeit ist gross genug, nachdem die Zahl der in Europa jährlich geborenen unehelichen Kinder weit über 600.000 beträgt. Die veränderten Lebensbedingungen der niedern Classe bringen es mit sich, dass in neuerer Zeit die Zahl der unehelichen Geburten immer steigt, merkwürdiger Weise in jenen Ländern, wo Findelhäuser seit Jahrhunderten wirken, stärker, als in jenen Ländern, wo keine sind. Eine Ausnahme machen nur die österreichischen Provinzen, wo die Findelhäuser fehlerhaft organisirt sind. Auf 100 Geburten kommen uneheliche in Ungarn $8^1/_2$% [im Jahre 1851—1857 nur 3%], in Deutschland 9%, in Frankreich 8%, in Italien 7%, in Oesterreich unter der Enns 25%, in Böhmen 13%, in England 4%.

Was thun nun die Staaten, um diese Kinder am Leben zu erhalten.

In Deutschland gibt es weder staatliche noch communale Anstalten zur Rettung unehelicher und verlassener Kinder und auch die Privatwohlthätigkeit leistet wenig. Die Sterblichkeit dieser Kinder ist deshalb in Deutschland enorm. Deutschland hat blos Gesetze zur Verhinderung des gewaltsamen Kindermordes, aber keine, die das langsame Dahinsiechen der Kinder verhindern. Alle übrigen Staaten haben theils auf Privatwohlthätigkeit beruhende Anstalten, theils staatliche und städtische Anstalten. Die beste, reichste ist in Paris, die jährlich über 8 Millionen Francs auf Rettung dieser Kinder verwendet, die schlechtest organisirten sind in Oesterreich, Wien und Prag, während in den übrigen Provinzen Oesterreichs die Findelanstalten aufgelöst wurden.

Als Folgerung der Studie ergeben sich 1.) Dass die Privatwohlthätigkeit nicht genügend ist, dieses Uebel zu bekämpfen, es muss der Staat mitwirken. 2.) Kein Staat kann die Mithilfe der Mütter dieser Kinder bei Rettung derselben entbehren. 3.) Die Rettung geschieht am zweckmässigsten durch Unterbringung der Kinder in Einzelpflege bei Landleuten und nur in besonderen Fällen in Colonien und geschlossenen Anstalten.

Der Arbeit sind 85 statistische Tabellen beigelegt.

* * *

Dr. S. LINDNER (Budapest): Die Verhinderung der Abtreibung der Leibesfrucht.

Die Frucht ist im Mutterleibe des Verbleibens nicht sicher, sobald die Trägerin um die Ehre, gegen den Hunger oder gegentheilig für die Bequemlichkeit kämpft.

Solche Situationen nützt immerhin das geburtshilfliche Proletariat gewissenlos aus.

Die Sache wird sich erst dann zum Guten wenden, wenn einerseits die öffentliche Wohlthätigkeit jede hilfsbedürftige Schwangere von dem Augenblicke an, wo sie erwerbsunfähig ist, bis zu dem Tage, wo sie wieder sich und ihr Kind ernähren kann, versorgen wird, und anderseits sittsame und gebildete Mädchen, angeeifert durch Aussicht auf Staatshilfe im Nothfalle der Hebammenkunst sich widmen werden.

Bis dorthin soll jede Fehlgeburt amtlich gemeldet und diejenige Hebamme, welche in ihrer Wohnung ein Gebärasyl besitzt, unter behördliche Aufsicht gestellt werden.

* * *

Dr. R. TEMESVÁRY: Zur Ammenfrage.

Nach einem historischen Rückblick schildert er die Missbräuche, die bei der Ammenwahl in allen Ländern vorzukommen pflegen und empfiehlt zur Hintanhaltung derselben bei jeder Ammenbeschaffung folgende 3 Bedingungen in Betracht zu ziehen:

1. Garantie gegen Betrug von Seite der Amme und deren Vermittler;

2. mehrere Wochen dauernde Beaufsichtigung der Amme, speciell wiederholte genaue Untersuchung ihrer Milch und Beobachtung der Entwicklung, Gewichtszunahme etc. ihres Kindes;

3. dürfte eine Amme nie vor 6—8 Wochen nach ihrer Niederkunft placirt werden, um jenen Zufälligkeiten, wie Genitalleiden, Versiegen der Milch u. s. w. zu begegnen, die sehr häufig innerhalb dieser Zeit, sehr selten aber erst später aufzutreten pflegen.

Vortragender kritisirt sodann die 4 Arten der Ammenbeschaffung, nämlich durch professionelle Vermittler, durch directe Beziehung vom Lande, dann aus Gebärhäusern und aus Wöchnerinnen-Asylen und Findelhäusern, um sodann letztere als einzig entsprechende Art, bei der alle Bedingungen einer gewissenhaften Controle gegeben sind, wärmstens zu empfehlen.

* * *

Prof. EPSTEIN (Prag): «Ueber Schutzeinrichtungen und Mittel zur Herabminderung der Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahre».

Der erfolgreichste Weg der Popularisirung der Kinderhygiene sei, dass die Aerzte selbst zu Trägern dieser Lehren erzogen und verwendet werden. Dies kann nur durch die intensivere und zweckmässigere Ausbildung in der Pädiatrie erzielt werden. Hiezu bedarf es vorgebildeter Lehrer, sowie der Einrichtung, dass jede med. Facultät über eine Lehrkanzel der Pädiatrie und über eine mit einem Ambulatorium verbundene Kinderklinik verfügt. Dem Studium und dem Unterrichte in den Krankheiten des Neugeborenen und Säuglings muss eine erhöhte Berücksichtigung eingeräumt werden. Der Unterricht der Hebammen in der Kinderhygiene soll erweitert und zweckmässiger eingerichtet werden. Die Statistik weist darauf hin, dass für arme Kinder und insbesondere für die unehelichen besondere Schutzmassregeln nothwendig sind und besonders das Haltekinderwesen zu regeln ist. Wo Findelanstalten bestehen, da ist bereits für einen grossen Theil der hilfsbedürftigen Kinder vorgesorgt und das Haltekinderwesen in engere Grenzen gewiesen. Wo solche nicht vorhanden sind, müssen Kinderasyle den Entbindungsanstalten angeschlossen werden, welche ermöglichen, dass die Mütter ihre Kinder stillen können. Hiebei müssen Kinderschutzvereine angeschlossen werden, welche durch Aerzte und Kinderpflegerinnen überwacht werden. Es ist eine Aufgabe des Staates, für Kinder, die sich in fremder Pflege befinden, besondere Schutzgesetze und Einrichtungen zu treffen. Wichtig ist die Regelung der Kostgeldfrage im Wege der Verwaltung.

* * *

Dr. BÓKAI: Lithiasis im Kindesalter.

Vortragender schliesst aus 1516 Fällen von Steinerkrankungen bei Kindern, die er in Ungarn sammelte, dass die Lithiasis des Kindesalters am Lande am häufigsten in den Gegenden der Donau- und Theissufer vorkommt. In Bezug des Alters betraf der grösste Theil der Erkrankungen Kinder zwischen dem 3. bis 6. Lebensjahre. Das jüngste Kind, bei dem Steinerkrankung constatirt wurde, war im dritten Lebensmonat. Mädchen bildeten im Ganzen blos 3% der sämmtlichen Fälle. Israelitische, daher beschnittene Knaben waren bei den Erkrankungen ebenfalls nur mit 3% vertreten.

Durch den Umstand, dass ganz kleine Harnsteine die sogenannten Harnröhrensteine in einzelnen Fällen auch noch im 11. und 12. Jahre zur Beobachtung kamen, hält BÓKAI es für wahrscheinlich, dass die Steinbildung im Kindesalter nicht in jedem Falle mit dem Harnsäure-Infarcte der Neugeborenen in ursächlichen Zusammenhang zu bringen ist.

Prof. Dr. REUSS (Wien) hält einen Vortrag «Ueber die Augenuntersuchungen beim Eisenbahn- und Marinepersonale» und stellt folgenden Antrag:

1. In jedem Lande ist ein aus Delegirten der Eisenbahndirectionen und aus Augenärzten bestehende Commission zu be-

rufen, welche die Forderungen, die man an das Sehvermögen der Bahnbediensteten zu stellen hat, sowie die zulässigen Untersuchungsmethoden bestimmt.

2. Die sich hieraus ergebenden Forderungen sollen gesetzlichen Werth erhalten.

3. In jedem Lande ist dafür Sorge zu tragen, dass die richtige Durchführung der Augenuntersuchungen continuirlich überwacht werde.

* * *

Dr. Emil GROSZ hält einen Vortrag über die «Systemisirung der Untersuchung der Gesichtsorgane bei Eisenbahnangestellten» und kommt zu folgenden Conclusionen:

1. Das Sehvermögen sämmtlicher Eisenbahnbediensteten ist nochmals zu prüfen. Die Prüfung erstreckt sich

a) Auf die Sehschärfe und Refraction.
b) Auf das Gesichtsfeld (Prüfung mit der Hand).
c) Auf den Farbensinn (Prüfung nach HOLMGREN und SNELLEN).

Zweifelhafte Fälle müssen überprüft werden. Die Ueberprüfung erstreckt sich

a) Auf die Sehschärfe und Refraction.
b) Auf Prüfung des Gesichtsfeldes mittels des Pesimeters.
c) Auf den Farbensinn (nach HOLMGREN, SNELLEN und ROSE).
d) Auf die ophthalmoskopische Untersuchung des Auges.

Die allgemeine Untersuchung soll von Zeit zu Zeit (wenigstens jedes zweite Jahr) wiederholt werden.

2. Die Dienstesfähigkeit wird bei bereits im Dienste stehenden von anderen Bedingungen abhängig gemacht, als bei Neueintretenden und zwar müssen wir bei Beiden vier Kategorien unterscheiden:

a) Für jeden Dienst tauglich.
b) Für Verkehrsdienst brauchbar, ausgenommen den Dienst des Locomotivführers und Heizers.
c) Für Bureaudienst brauchbar.
d) Für jedweden Dienst unbrauchbar.

3. Die allgemeine Untersuchung wird von den dazu bestimmten Aerzten nach den ausführlichen Anweisungen des rathgebenden Augenarztes mit den ihnen zur Verfügung gestellten Utensilien durchgeführt.

Das Resultat wird in diesem Zwecke dienende Drucksorten eingetragen, die zweifelhaften Fälle werden zur Ueberprüfung geschickt. Der rathgebende Augenarzt vollführt die Ueberprüfung, macht Vorschläge über die Ernennung der prüfenden Aerzte, gibt diesen Anweisungen und controlirt zeitweise die Prüfungen, führt die zeitweise nöthigen nochmaligen Ueberprüfungen durch.

4. Die Kosten sind relativ gering. Der rathgebende Augenarzt bekommt einen fixen Gehalt. Die für die allgemeine Prüfung bestimmten Augenärzte bekommen für jede Prüfung eine Krone. Die Ausrüstung eines Arztes kostet 20 Kronen. Ein Arzt kann 300—500 Personen prüfen. Auf diese Weise kostet die Prüfung von 12.000 Bediensteten beiläufig 13.000—14.000 Kronen (6500—7000 Gulden).

(Fortsetzung folgt)

Canadian Medical-Association.

27. Jahresversammlung, abgehalten in St. John, N. B., am 22. und 23. August 1894.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Dr. Hattie (Halifax): *Ueber Epilepsie.*

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen an den Leichen von Kranken, die an Epilepsie gestorben sind, können eher als das Resultat, wie als die Ursache der Epilepsie angesehen werden. Die Ursache der Epilepsie ist höchst wahrscheinlich in der Wirkung eines toxischen Agens zu suchen, welches selbst das Product irgend einer Systemerkrankung ist. Anämie findet sich in den meisten Fällen von Epilepsie vor, und ich glaube, dass dieser Umstand möglicherweise das Moment abgibt, von welchem die Epilepsie abhängt. Von der Annahme ausgehend, dass das in Rede stehende Gift vielleicht vom Darmtract aus resorbirt wird, wandte ich Darmantiseptica in Verbindung mit Brompräparaten an, und wenn ich nur die Zahl der Paroxysmen, die bei dieser Behandlung auftraten, mit der Zahl derer, die sich bei der ausschliesslichen Behandlung mit Brom geltend machten, mit einander vergleiche, so möchte ich glauben, dass meine Annahme wenigstens ein geringes Mass von Wahrheit in sich berge. Unter der neuen Behandlungsmethode konnte ich eine sehr ausgesprochene Abnahme in der Zahl und in der Frequenz der Anfälle constatiren.

* * *

Dr. Muir: Ueber den Antagonismus zwischen Erysipel und Tuberculose.

Ich hatte eine 39jährige Frau in Behandlung, die während 14 Jahren an ausgesprochener und typischer tuberculöser Ostitis des Armes gelitten hatte. Die mikroskopische Untersuchung der Masse, die sich aus den Fistelgängen entleerte, ergab die Anwesenheit des Tuberkel-Bacillus. Ich incidirte die Fistelgänge, machte eine Auskratzung und applicirte einen Jodoformverband; auf die Operation folgte jedoch eine geringe oder gar keine Besserung. Fünf Wochen später wurde die Wunde zufällig mit Erysipel inficirt. Die Patientin war einige Zeit ernstlich krank, aber endlich genas sie von ihrem Erysipel, und bald darauf konnte man beobachten, dass sich das ursprüngliche Leiden besserte und in einer verhältnissmässig kurzen Zeit war die tuberculöse Krankheit gänzlich geheilt. Wir haben es somit hier mit einem Falle tuberculöser Erkrankung zu thun, der durch eine accidentelle Infection mit Erysipel geheilt wurde.

* * *

Dr. James Bell: Ueber Appendicitis.

Ich hatte 48 Fälle von Appendicitis in Behandlung, von denen ich in 40 Fällen die Operation ausführte. Alle diese Kranken, sowohl die Operirten wie die expectativ Behandelten, genasen, mit Ausnahme von drei Kranken. Ich möchte glauben, dass alle Fälle von Appendicitis dem Chirurgen vom Beginne des Anfalles an zuzuweisen seien, und dass in der Mehrzahl der Fälle die Operation sofort nach Feststellung der Diagnose ausgeführt werden soll.

Dr. HINGSTON (Montreal): Ich möchte diese Frage von der conservativen Seite discutiren. Ich habe die Operation in solchen Fällen ungefähr 30 Mal verhindert und nur in einem einzigen Falle bedauerte ich es, einen chirurgischen Eingriff nicht angerathen zu haben. Ich möchte nicht, dass die jüngeren Mitglieder dieser Versammlung den Gedanken mit sich nach Hause nehmen, dass man in jedem Falle von Appendicitis zunächst an die Operation denken müsse. Solche Schlüsse lassen sich aus den Fällen Dr. BELL's nicht ableiten, denn Dr. BELL ist zunächst ein sehr geschickter und erfahrener Chirurg, und zweitens waren die Fälle, die er behandelte, sehr ernster Natur und machten thatsächlich eine Operation nothwendig.

SIR JAMES GRANT (Ottawa): Ich hatte zwei Fälle von Appendicitis in Behandlung gehabt, welche zuerst für die Operation geeignet schienen, aber der eine Patient litt an Gicht und der andere an Rheumatismus. Ich operirte nicht, und beide Patienten genasen. Ich glaube nicht, dass die Ursache für die Entzündung in diesen Fällen das Vorhandensein eines Fremdkörpers im Processus vermiformis sei.

Dr. SHEPHERD (Montreal): Der Chirurg bekommt immer die schlechtesten Fälle von Appendicitis in Behandlung, so dass es schwierig ist, einen genauen statistischen Vergleich zwischen der Anzahl der Fälle, welche operirt werden sollen, und denjenigen, welche medicinisch zu behandeln sind, anzustellen. Meine Ansicht geht dahin, dass man in der Regel operiren soll, wenn der acute Anfall nachgelassen hat. Ich glaube, dass der Druckpunkt, den Mc BURNEY angibt, nicht auf den Processus vermiformis, sondern auf die entzündeten Mesenterialdrüsen zu beziehen sei.

STANGE ist dafür, dass man nicht eher chirurgisch eingreifen soll, als bis man die Gewissheit erlangt hat, dass Eiter vorhanden sei.

Ich habe mich immer der Operation im acuten Stadium enthalten und hatte nie Ursache, dieses Vorgehen zu bedauern.

Dr. CAMERON (Toronto): Ich folge in dieser Sache der Lehre von TREVES, nämlich abzuwarten, bis sich Eiter bildet, dann zu eröffnen und drainiren. Ich bin der Ansicht, dass es sehr verhängnissvoll sein würde, wenn man gestattete, dass die Erfahrungen eines geschickten Hospitalchirurgen diese Angelegenheit in der einen oder der anderen Richtung entscheiden.

Dr. BELL: In Erwiderung auf das eben Gehörte möchte ich bemerken, dass Alle darüber einig sind, dass Niemand mit Bestimmtheit sagen könne, wann der richtige Moment für die Operation in allen Fällen von Appendicitis gegeben sei. Unter den 40 Fällen, die ich operirt hatte, bestand eine Perforation in 32 Fällen; in drei Fällen war der Processus vermiformis gangränös; in zwei Fällen war er durch Adhäsionen nach unten verzogen, in drei anderen Fällen deuteten die Symptome auf eine sehr heftige Entzündung hin, dennoch wurde hier kein Abscess vorgefunden, und der Darm war nicht perforirt. Ich pflegte früher expectativ vorzugehen, und meine Verluste waren viel grösser als jetzt. Die grösste Mortalität nach diesen Operationen beträgt zwei oder drei Procent. Wenn man die Patienten sich selbst überlässt, so kann in jedem Momente Perforation und Collaps eintreten. Die sehr milden Fälle, oder vielmehr die Fälle von kurzer Dauer, in welchen die Symptome innerhalb zwölf Stunden schwinden, bedürfen keines chirurgischen Eingriffes, denn diese stellen wahrscheinlich Fälle von Coxitis dar. Ich glaube, dass die Methode, welche von TREVES vertreten wird, nicht den Grundsätzen der wahren Chirurgie entspricht.

Académie de médecine in Paris.

Sitzung vom 4. September 1894.

Petit: *Ueber plötzliche Todesfälle auf dem Velocipede.*

PETIT referirt über drei derartige Fälle. Der erste betraf einen 60jährigen Mann mit einem Herzleiden, der ohne ärztlichen Rath einzuholen, Lectionen auf dem Bicycle zu nehmen begann. Die Aufregung, die Furcht zu fallen scheinen bei ihm mehr seinen plötzlichen Tod veranlasst zu haben, als die Uebermüdung. Im zweiten Fall handelt es sich um einen 48jährigen Arzt, der den Bicycle-Sport gegen eine beginnende Obesitas anwenden wollte. Er hatte nie Herz-Beschwerden gehabt, aber einige Monate vorher einen Typhus durchgemacht, der wahrscheinlich eine myocarditische Affection herbeigeführt hatte. Der dritte Todesfall ist der eines 40jährigen Herrn, der trotz eines Herzfehlers dem Bicycle-Fahren in ganz übertriebener Weise huldigte.

PETIT schliesst an diese Fälle eine eindrückliche Warnung, die Contra-Indicationen des Bicyclismus nicht zu vernachlässigen. Dieselben seien besonders durch Herz-Affectionen und durch das Alter gegeben und würden viel zu oft ausser Acht gelassen. In Paris gäbe es heute gewiss über 100000 Bicyclisten und unter diesen bestimmt eine Menge von Herzkranken und von zu alten Leuten. Im letzten Congress zu Caen hat BOUCHARD gezeigt, wie schlecht die Anstrengungen der Sporte von Individuen vertragen werden, die auch nur den geringsten organischen Fehler hätten. LEGENDRE hat speciell auf den schädlichen Einfluss des Bicycles auf das Herz hingewiesen und seine Ansicht ausgesprochen, dass das Velocipede-Fahren Herz-Affectionen nicht nur wiedererweckt, sondern direct hervorbringt. PETIT weist darauf hin, dass beim Bicycle nicht nur die Ermüdung und Uebermüdung, sondern auch die Aufregung in Betracht zu ziehen sei. Die Furcht zu fallen, die in Paris so ernste Gefahr, mit Wägen zusammenzufahren, das Zusammentreffen mit Passanten, mit Hunden u. s. w. Diese Erregung complicirt sich dann noch mit der oft bedeutenden Anstrengung, plötzlich das Tempo oder die Direction zu ändern, so dass genug Factoren zusammentreffen, um den besprochenen Sport zu einem besonders für ältere Leute und für Herzkranke äusserst schädlichen zu machen.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten.

Auf Grund der 8. Auflage des Buches von **Prof. A. Vogel**, ganz neu bearbeitet von **Dr. Ph. Biedert** in Hagenau (Elsass).

Elfte sehr vermehrte und verbesserte Auflage Mit 2 lithographischen Tafeln und 60 Holzschnitten.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1894.

In der vorliegenden elften Auflage ist das ursprünglich VOGELsche Lehrbuch so durchgreifenden Aenderungen unterzogen worden, dass der Bearbeiter BIEDERT wohl das Recht hatte, sich als Verfasser auf das Titelblatt setzen zu lassen. Aus der eingehenden Durcharbeitung des Ganzen hebt der Autor selbst Folgendes als gründlicher umgestaltet hervor. Physiologie der Kinder, Arzneien und Arzneivergiftungen beim Kind, Krankheiten der Neugeborenen, die moderne Lehre von der Natur und Behandlung der Infectionskrankheiten, Diphtheritis und vieles andere. So erscheint nun das Werk von BIEDERT als eines derjenigen, auf welches die oft missbrauchte Bezeichnung Lehrbuch mit Recht anzuwenden ist; seit dem Jahr 1860, in welchen die erste Auflage erschienen ist, ist es Auflage für Auflage mit der Zeit und ihren Errungenschaften fortgeschritten und ist auch im Jahre 1894 allen Aerzten und Studirenden so warm zu empfehlen wie damals. *F.*

Practicum der physiologischen und pathologischen Chemie.

Von **Dr. E. Salkowski.**

Verlag von August Hirschwald. Berlin 1894.

Ein wesentlich für Anfänger berechnetes Büchlein. Der erste und zweite Theil handeln von der qualitativen anorganischen Analyse und weichen nicht viel von dem üblichen Arbeitsschema ab. Der dritte Theil, der zwei Drittel des Buches ausmacht, stellt sich die Aufgabe, den Laboranten mit sämmtlichen in der Physiologie und Pathologie wichtigen chemischen Körpern und deren Reactionen bekannt zu machen. Die Eintheilung des Buches ist die dem Usus in SALKOWSKI's Laboratorium entsprechende. Die Reihenfolge der einzelnen Capitel ist: Milch, Muskel, Magenverdauung, Blut, Pathologische Transsudate, Speichel, Pancreas, Galle, Harn, Leber, Knochen, Unterhautfettgewebe, Dotter und Albumen, Eiweissfäulniss. Die oben erwähnte Aufgabe des Buches, welches die praktische Ausbildung des Mediciners besonders im Auge hat, ist durch das angeführte Material vollständig erschöpft. Alle Reactionen und die Darstellung der einzelnen Körper sind in klarer und ausführlicher Weise dargestellt, so dass auch der Anfänger nicht fortwährend auf die erläuternde Hilfe eines Lehrers angewiesen ist. Der Fortgeschrittene findet bei sorgfältiger Lectüre manche wissenswerthe Winke. Referent vermisst die fehlende Anleitung zur quantitativen Analyse, die für den Mediciner, sobald er an das Krankenbett tritt, unerlässlich ist. Allerdings sind besonders im Capitel Harn einzelne quantitative Bestimmungen auf das genaueste beschrieben, wodurch das Buch an praktischem Werth nur gewinnt. *K.*

Zeitungsschau.

Schmiedeberg: Ueber das Ferratin und seine diätetische und therapeutische Anwendung. (Arch. f. exp. Path. u. Pharm.)

MARFORI stellte schon vor längerer Zeit eine künstliche Eiweissverbindung des Eisens her, welche er als Ferrialbuminsäure auffasste und welche einen Eisengehalt von 4—8 Percent hat. Eine analoge Verbindung liess sich aus verschiedenen Organen, am besten aus Lebern, gewinnen. SCHMIEDEBERG modificirte das Verfahren von MARFORI und erhält durch Kochen eines feinen Leberbreies und Ausfällen des Filtrates mit Weinsäure im Niederschlag eine Ferrialbuminsäure, welche nichts anderes ist, als die in unseren Nahrungsmitteln enthaltene Eiseneiweissverbindung. Da es leicht gelingt, auch künstlich diese Verbindung in grösserer Menge

herzustellen, haben wir hiedurch ein Mittel in der Hand, die in der Nahrung vorkommende organische Eisenverbindung in beliebiger Dosis zu verabfolgen.

Die vorliegende Arbeit SCHMIEDEBERG's befasst sich mit dem Verhalten dieser «Ferratin» genannten Eisenverbindung im Thierkörper.

Die Resorbirbarkeit des Ferratins schlägt SCHMIEDEBERG nach Versuchen an Hunden pro Tag auf 0·005—0·02 an. Diese, wenn auch geringen Zahlen, würden einer Resorption von Eisen entsprechen, die durch den Genuss von 20 Litern Milch erzielt würde. Beiläufig wies SCHMIEDEBERG nach, dass das resorbirte Eisen als Reservestoff in der Leber abgelagert wird.

Mit Bezug auf die Anwendung wichtig ist, dass das Ferratin vom Verdauungstract viel besser vertragen wird, als die üblichen Eisenpräparate, es macht nie Verdauungsstörungen.

In's Blut gespritzt macht es keine Vergiftungserscheinungen, durch die Nieren wird es nicht ausgeschieden. SCHMIEDEBERG empfiehlt die therapeutische Anwendung des Ferratins auf's wärmste. Man erhält ein gutes Präparat (welches frei von salzartigen Ferratinverbindungen sein muss) bei Böhringer & Söhne, Waldhof bei Mannheim. — Er empfiehlt es in Tagesdosen von 0·5—1·5 in 2—3 Portionen oder auf einmal. Zu vermeiden ist die gleichzeitige Aufnahme von Säure, da durch diese das Ferratin gespalten wird.

K.

Rosenheim (Klinik **Senator**): **Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Gastritis gravis.** (Berliner Klinische Wochenschrift, 24. Sept. 1894.)

ROSENHEIM's Mittheilung bezieht sich auf einen Fall, bei welchem nach allen diagnostischen Hilfsmitteln die Diagnose eines Magen-Carcinoms gemacht wurde, während die Section einen anderen interessanten Befund darbot. Der Fall betrifft eine 58jährige Frau, bei welcher im März 1893 Kopfschmerzen, Athembeschwerden, Herzklopfen und besonders Magen-Beschwerden (Appetitlosigkeit, Erbrechen) aufgetreten waren. Der Status präsens vom 30. Mai 1893 schildert eine abgemagerte Frau, ohne pathologischen Befund an Herz, Lunge, Blut, Nervensystem, aber mit einer in der Pylorus-Gegend palpabeln Resistenz, verlagertem und vergrössertem Magen mit hochgradiger motorischer Störung. Stuhl angehalten, aber normal. Im Laufe des Aufenthaltes im Spital kam die Patientin immer mehr herunter, die Resistenz wurde als deutlicher, wallnussgrosser, verschiebbarer, auf Druck schmerzhafter Tumor erkannt, es bestand andauernde Appetitlosigkeit und Erbrechen. Das Erbrochene wurde wiederholt untersucht. Es enthielt nie freie Salzsäure, sondern gab immer deutlichste UFFELMANN'sche Milchsäure-Reaction. Bei progressiver Cachexie, äusserst geringer Nahrungs-Aufnahme starb die Patientin am 26. Juni 1893. Die Section ergab Atrophie der grossen Bauchdrüsen, keine Spur von Carcinom. Dagegen war der Magen hochgradig dilatirt, der Pylorus durchgängig, aber in seiner Musculatur stark verdickt (0·6 *cm* gegen 0·4 *cm* normal). Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich Infiltrationen der Muscularis mucosa, interstitielle Wucherung der Pylorus-Schleimhaut mit Atrophie der Drüsen, die Drüsen-Schläuche im ganzen Magen hie und da nur mit einer körnigen, kernlosen Masse erfüllt, also der Befund einer mässigen gutartigen Hypertrophie der Pylorus-Musculatur und einer schweren Gastritis chronica mit Ausgang in ziemlich hochgradige Atrophie. In einer ausführlichen Epikrise sucht ROSENHEIM die Symptome des Krankheitsbildes aus dem Obductionsbefund zu erklären. Der Angelpunkt der Situation liegt in der Schädigung der motorischen Function des Magens, und die Ausgangspunkte seien einerseits die Gastritis, anderseits die durch die Verlagerung des Magens hervorgerufene anfängliche Atonie und spätere Ektasie. Eine Atrophie der Schleimhaut allein führe nur zur Anorexie, habe aber, wie schon öfters nachgewiesen, keine weitere Verdauungs-Störung zur Folge. Auch die eintretende Atonie und Ektasie hätte so lange keine Beschwerden gemacht, als die compensatorische Hypertrophie der Musculatur ausgereicht habe. Erst das Versagen der motorischen Kraft hätte zu Krankheits-Erscheinungen, und die durch Anorexie und Erbrechen reducirte Nahrungs-Aufnahme zu einem so rapiden Verlauf derselben geführt. Die fühlbare Resistenz wäre der hypertrophische Pylorus gewesen, der, wie LEUBE angibt, von einem glatten Pylorus-Carcinom nicht unterscheidbar ist. Die fortschreitende Abmagerung hätte ihn immer deutlicher hervortreten lassen. Das Auftreten der Milchsäure-Reaction beweist, dass sie nicht, wie BOAS angibt, «ein dem Magen-Carcinom zukommendes specifisches Zeichen ist», sondern ausnahmsweise auch unter anderen pathologischen Verhältnissen auftreten könne. Zum Schlusse meint ROSENHEIM, dass bei richtiger Diagnose-Stellung die Patientin durch die Gastroenterostomie zu retten gewesen wäre und plaidirt im Allgemeinen für die frühzeitige Zuwendung von Magenfällen, welche durch interne Mittel nicht gebessert werden können, zu den Chirurgen.

Kezmárszky (Budapest): **Ueber intravenöse Sublimat-Injectionen (Baccelli) bei venöser Sepsis im Wochenbett.** (Centralblatt für Gynäkologie. Nr. 38).

KEZMÁRSZKY hat die von BACCELLI bei Malaria und Syphilis angewendeten intravenösen Sublimat-Injectionen in zwei Fällen von puerperaler Sepsis zur Anwendung gebracht. Beide Fälle betrafen Wöchnerinnen, welche ohne jede nachweisbare, örtliche Erkrankung zwei Tage nach der Entbindung zu fiebern begonnen hatten. Bei beiden Patientinnen wurde — nachdem ein früherer Versuch bei einem anderen Fall von puerperaler Sepsis mit subcutanen Injectionen keine Wirkung gehabt hatte — am 14 resp. 16. Tage der Erkrankung bei anhaltendem septischem Fieber und elendem Allgemeinzustand mit den intravenösen Injectionen begonnen. Die Injectionen, welche mittelst einer PRAVAZ'schen Spritze in eine Vene des Unterarmes gegeben wurden, wurden von 1—5 *mgr* pro die successive erhöht, so dass die eine Patientin vom 16—25. Tage 37 *mgr*, die zweite 31 *mgr* Sublimat bekam. Vom Beginn der Injectionen an nahm das Fieber langsam, aber stetig ab, das Allgemeinbefinden besserte sich vom 2.—3. Tag an auffallend. Nur bei einer Patientin zeigte sich am 12. Tage eine leichte Salivation, die nach einigen Tagen wieder verschwand. Beide Patientinnen wurden geheilt.

KEZMÁRSZKY fügt seiner Mittheilung hinzu, dass er diesen beiden einzelstehenden Fällen gewiss keine Beweiskraft zumessen wolle. Er glaube aber bewiesen zu haben, dass auch bei Puerperalfieber die BACCELLI'schen Injectionen unschädlich seien. Es sei theoretisch kaum in Abrede zu stellen, dass die antimykotische Wirkung des Sublimates auch im lebenden Organismus zur Geltung kommen könne, und dass andererseits die intravenösen Injectionen das Mittel in unmittelbarste Berührung mit den im Blut kreisenden, schädlichen Stoffen bringen. Er bitte daher seine Fachcollegen, das Verfahren zu versuchen.

Oddo: **Circuläre Neurasthenie mit quotidianer alternirender Form.** («Lo Sperimentale», 1. October 1894.)

Im December 1893 beschrieb PAUL SOLLIER (Revue de Médecine) eine neue Form von Neurasthenie, die durch Perioden einer leichten Exaltation sämmtlicher neuromusculären und psychischen Functionen sowie durch eine darauffolgende Depressionsphase charakterisirt erscheint und sämmtliche Merkmale der BEARD'schen Krankheit darbietet. SOLLIER nannte diese Form: circuläre Neurasthenie (worüber seinerzeit auch die «Internat. Klin. Rundschau» ein Referat gebracht hat). Heute veröffentlicht ODDO eine neue Beobachtung, die zur circulären Form der Neurasthenie gehört, und die, nach Ansicht des Verfassers, einen besonderen Platz neben der von SOLLIER beschriebenen Form einzunehmen verdient. Diese Form zeigt gleichfalls die zwei Phasen von Excitation und Depression; der Kranke bietet alle gewöhnlichen neurasthenischen Erscheinungen dar, mit der Besonderheit, dass während an einem Tag die depressiven Phänomene auftreten, am darauffolgenden Tage der Patient sich ganz wohl fühlt, oder leicht erregt ist: es besteht eine chronometrische Regelmässigkeit in der Aufeinanderfolge der Perioden und eine eigenthümliche Identität der Phänomene an den guten und schlechten Tagen. Der Autor gab dieser Form von Neurasthenie die Bezeichnung circuläre Neurasthenie mit quotidianer alter-

nirender Form. Damit haben wir aus der Schaar der Neurastheniker eine Varietät des neuen von Sollier aufgestellten Typus der Neurasthenie erhalten. *A. D.*

Dupont: Ueber die Darmtuberculose und ihre Behandlung. (Revue Internat. de Med. et de Chirurg. Pract. October 1894.)

Autor gibt eine umfassende Darstellung unserer jetzigen Kenntnisse der Darmtuberculose und bespricht besonders die Behandlung derselben. Er empfiehlt das Argentum nitricum für die Behandlung der Diarrhoen der Tuberculösen. Das Wismuth, das Opium, der Talk, die Kohle, die Kreide, das rohe Fleisch und sehr viele andere Medicamente werden dazu benützt, um die Diarrhoe der Tuberculösen zu bekämpfen, aber häufig ohne Erfolg. Was Argentum nitricum betrifft, welches ein einfaches Mittel darstellt und keine unangenehmen Nebenwirkungen besitzt, so wird dasselbe selten in Gebrauch gezogen. Graves pflegte es in ausserordentlich grossen Dosen von 15 bis 20 Centigramm zu verordnen, es ist jedoch nicht nöthig so weit zu gehen. Man beginnt die Verabreichung desselben damit, dass man eine Pille von einem Centigramm verordnet; dies genügt für gewöhnlich, wenn der Kranke nur 4 bis 5 Stühle täglich entleert. Wenn nach Ablauf von 2 bis 3 Tagen die Zahl der Stühle nicht abgenommen hat, so gibt man 2, 3 und sogar 5 Pillen, wenn es nothwendig ist. Kindern von 5 bis 6 Monaten gibt man eine Pille von 2 Milligramm; im Alter von einem Jahre kann man ein halbes Centigramm geben. Das Argentum nitricum ist das beste Darmantisepticum; dasselbe bewirkt höchst wahrscheinlich eine Vernarbung der Darmgeschwüre. Die soeben erwähnte Behandlung wird durch die entsprechenden diätetischen nnd hygienischen Massregeln vervollständigt; die Schmerzen werden durch opiumhältige Klystiere und durch Vesicantien gelindert. Bei der dysenterischen Form der tuberculösen Darmentzündung wendet man Klystiere von Argentum nitricum combinirt mit Opiumklystieren an. *L. L.*

Russell Bellamy: Zur Behandlung des Delirium tremens. (N. Y. Med. Journal Juli 1894).

Verf. berichtet über seine Erfahrungen in der Behandlung des Delirium alkoholicum. Fast 500 Fälle kamen in der Abtheilung der Alkoholisten unter seine Beobachtung, darunter jene schweren Formen von Delirium tremens, welche nicht mit der gewöhnlichen Schnelligkeit in Genesung übergehen, sondern häufig zum Tode führen. Bei der Nothwendigkeit, Hypnotica in Anwendung zu bringen und bei den Mängeln, welche den bisher gebräuchlichen Mitteln dieser Species in dieser oder jener Hinsicht anhaften, wurde seine Aufmerksamkeit auf das Trional gelenkt. Verf. wandte es in 29 Fällen an, bei denen ein ausgesprochenes alkoholisches Delirium eingetreten war und die Delirien so acut einsetzten, dass Zwangsmittel (forcible restraints) nothwendig wurden. Die Anwendung geschah, wie folgt: Sofort bei der Aufnahme bekam der Patient Calomel und 1·2*gr* Trional in Wasser, zur schnelleren Resorption noch etwas Tinct. Capsici; dann kam er in ein heisses, allmählich abgekühltes Bad und dann ins Bett, wo ihm eine durch Zwangsmittel gesicherte Einpackung zu Theil wurde. Trat keine Ruhe ein, so wurden nach $^1/_2$ Stunde 0·6*gr* und eventuell nach einer weiteren Stunde 1·2*gr* Trional nachgegeben. Nebenher wurden höchstens Digitalis und Amara verabreicht. Die Ernährung geschah zwangsweise durch Milch, Eier und Suppen. Niemals wurden irgend welche bedrohliche Nebenerscheinungen constatirt. Die Herzthätigkeit schien sogar günstig beeinflusst zu werden; in denjenigen Fällen, wo Temperatursteigerungen das Delirium begleiteten, erwies sich das Mittel als antipyretisch wirksam. 10 Fälle werden im Auszuge, die übrigen tabellarisch geordnet referirt. Sein Resumé fasst der Autor dahin zusammen, dass das Delirium tremens durch Trional schneller zum Abklingen gebracht werde, als durch andere Hypnotica, dass die Drogue, wahrscheinlich durch die Aethyl- und Methylgruppen, stimulirende Eigenschaften besitze, dass sie antipyretisch wirke, vom Magen (in einem Falle auch vom Darm aus) gut vertragen werde und keinerlei Nebenerscheinungen hervorrufe.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. In der am 17. d. M. unter dem Vorsitze des Dr. M. Herz abgehaltenen Sitzung des Wiener medicinischen Clubs demonstrirte Dr. Hock ein luetisches Kind mit hochgradiger Nephritis, worauf Dr. Schlesinger ein Aneurysma communicans der Subclavia nach einer Schussverletzung zeigt. Dr. Sternberg hält seinen angekündigten Vortrag: «Hermann v. Helmholtz.» — In der am 19. d. M. unter dem Vorsitze Hofrath Prof. Dittel's abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte begrüsst der Vorsitzende anlässlich der ersten Sitzung die Anwesenden auf's herzlichste und gedenkt in warmen Worten der verstorbenen Ehren-, correspondirenden und ordentlichen Mitglieder der Gesellschaft: Prof. v. Helmholtz, als des grössten Naturforschers unserer Zeit sowie dessen Verdienste um die medicinische Wissenschaft namentlich durch die Erfindung des Augenspiegels; ferner der verstorbenen Hofr. Prof. Hyrtl, Dr. Baron v. Mundy, Prof. Hannover, Dr. Dienstl und Generalstabsarzt Dr. Podratzky, deren Andenken die Gesellschaft durch Erheben von den Sitzen ehrt. Auf die Anfrage des Vorsitzenden, ob die Gesellschaft geneigt wäre sich von Dr. Fay ein Epithelium demonstriren zu lassen, um dann in einigen Wochen die Erfolge seiner Methode zur Kenntniss zu nehmen, wurde diese von den Anwesenden mit Stimmenmajorität abgelehnt. Dr. Biedel zeigt hierauf eine lebende Katze, bei welcher die Corpora restiformia herausgenommen wurden. Prof. Czokor demonstrirt hierauf die Lunge eines Hasen, welche die Veränderungen einer durch eine Strongylusart bedingten Seuche (Lungenwurm-Seuche) deutlich zeigt. Prof. Weinlechner demonstrirt hierauf ein 20jähriges Mädchen mit beiderseitigem Klumpfuss, welche derselbe nach Lorenz mit Erfolg behandelt hat. Ferner stellt Prof. Weinlechner einen Patienten vor, bei welchem derselbe wegen eines in den Schlund eingedrungenen Knochensplitters die Oesophagotomie ausgeführt hat. Zum Schlusse zeigt Dr. Ullmann einen 35jährigen Mann mit multiplen Knoten von Cysticercus cellulosae. Der von Dr. Schwarz angekündigte Vortrag musste wegen der vorgerückten Stunde verschoben werden. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung findet sich in der nächsten Nummer dieses Blattes.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Dem o. Professor der Augenheilkunde an der Universität in Wien, Hofrath Stellwag v. Carion, wurde anlässlich seines Uebertrittes in den bleibenden Ruhestand vom Kaiser das Ritterkreuz des Leopoldordens verliehen.

— Wien. Der Privat-Docent an der Universität in Wien Prof. Dr. Ludwig Mauthner wurde vom Kaiser zum ordentl. Professor der Augenheilkunde und Vorstand der ersten Augenklinik ernannt.

— Lemberg. Dr. Heinrich Kadyi wurde zum ordentlichen Professor der Anatomie ernannt.

— Prag. Dr. Rudolf Winternitz hat sich als Privatdocent für Dermatologie habilitirt.

— Giessen. Dr. Walther aus Darmstadt hat sich als Privatdocent für Gynäkologie und Geburtshilfe habilitirt.

* Verhandlungen des k. k. Obersten Sanitätsrathes. In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes am 13. October d. J. gelangte als erster Gegenstand die Frage zur Verhandlung, ob und unter welchen Vorsichten und Modalitäten vom sanitären und veterinärpolizeilichen Standpunkte der Import von überseeischem, beziehungsweise australischem, durch Kälte conservirtem Fleische in grössere Consumorte, insbesondere auch nach Wien, zulässig und mit Rücksicht auf die Bedürfnisse der Volksernährung wünschenswerth sei. Der Oberste Sanitätsrath sprach sich dahin aus, dass unter der von der politischen Verwaltung bereits geforderten Voraussetzung, dass das Fleisch aus Ländern stammt, welche der Gefahr der Einschleppung von Viehseuchen nicht in höherem Masse ausgesetzt sind, dann dass nachgewiesen ist, dass das Fleisch von Thieren herrührt, welche in einem öffentlichen Schlachthause geschlachtet, vor und nach der

Schlachtung der thierärztlichen Beschau unterzogen und gesund befunden wurden, gegen die Einfuhr solchen Fleisches vom sanitären und veterinärpolizeilichen Standpunkte kein Anstand besteht und dass der Verschleiss solchen Fleisches im Interesse einer billigen und kräftigen Volksernährung statthaft und erspriesslich erscheint, wenn vor dem Verkaufe die strengste Fleischbeschau gehandhabt, für die Conservirung dieses Fleisches durch Kältevorrichtungen bis zum Verkaufe Sorge getragen, dasselbe nur unter der Declaration als überseeisches, beziehungsweise australisches Fleisch verkauft und zu diesem Zwecke eine entsprechende Markirung der beschauten Fleischstücke vorgenommen, ferner der directe Verkauf als solcher womöglich in eigenen Ständen gesichert, der Zwischenhandel behufs Verhinderung künstlicher Preissteigerung und der fälschlichen Verwerthung des eingeführten Fleisches als inländische Fleischwaare möglichst eingeschränkt werde. Der Oberste Sanitätsrath nahm von dieser Verhandlung mit Rücksicht auf die sanitäre Wichtigkeit einer zweckmässigen Volksernährung Anlass, auch die Verhältnisse welche die derzeitige Fleischtheuerung in Wien verursachen, zur Erörterung zu bringen, und beschloss nach längerer Discussion, vorerst ein Specialcomité mit dem Studium dieser Frage zu betrauen. Den zweiten Gegenstand der Verhandlungen bildete die Berathung über die Massnahmen, welche in Folge der anscheinend günstigen Wirkung der neuen Serumtherapie bei Diphtheritis vom Sanitäts- und Medicinalstandpunkte getroffen werden sollen. Der Oberste Sanitätsrath gelangte nach eingehender Besprechung der bisherigen Studien bewährter Fachmänner über die Wirkungsweise dieses bacteriologischen Präparates zum Schlusse, dass die aufmerksamste Verfolgung und eingehendste wissenschaftiche Prüfung der neuen Behandlungsmethode bei Diphtheritis in Anbetracht ihrer wissenschaftlichen Grundlage und der bisherigen aufmunternden Erfahrungen anerkannter Fachmänner dringendst empfohlen, jedoch auch beachtet werden muss, dass derzeit hinsichtlich der Anwendung des neuen Heilmittels, dessen Nebenwirkungen und Indicationen noch nicht hinreichend erforscht sind, die grösste Vorsicht erforderlich ist, und die Heilversuche daher thunlichst auf Heilstätten zu beschränken wären, an welchen die Mittel zur wissenschaftlichen Würdigung aller im Verlaufe der Krankheit und der Behandlung auftretenden Symptome gegeben sind. Der Oberste Sanitätsrath hob weiter die Thatsache hervor, dass der Bezug des Heilserums aus den spärlichen bisherigen Erzeugungsstätten im Auslande wegen der massenhaften an dieselben von allen Seiten gestellten Ansprüche schon derzeit sehr schwierig ist und betonte, dass mit Rücksicht hierauf umso gewisser vorgesorgt werden müsse, dass mit Ausschluss jeder Täuschung nur solches Heilserum gegen Diphtheritis zur Anwendung gelange, welches unter der Garantie anerkannter Fachmänner von den Bereitungsstätten abgegeben wird, in welcher Beziehung die Bestimmungen des § 3 der Ministerialverordnung zur österreichischen Pharmakopöe vom 1. Juli 1889, R. G. Bl. 107, zur strengen Anwendung zu kommen hätten. Ferner sprach der Oberste Sanitätsrath seine Befriedigung und Zustimmung darüber aus, dass das k. k. Ministerium des Innern bereits Vorkehrungen zur seinerzeitigen Gewinnung von Heilserum durch das bacteriologische Institut an der k. k. Rudolfstiftung in Verbindung mit dem k. u. k. Thierarzneiinstitute in Wien getroffen hat und beantragte, dass diese auf die Gewinnung von Heilserum abzielenden Einrichtungen so weit erweitert und vervollkommnet werden mögen, dass zum Zwecke der fortlaufenden wissenschaftlichen und klinischen Prüfung des Heilserums und der Heilmethode dauernd ausreichende Quantitäten zur Verfügung gestellt werden, und dass diese Anstalt in die Lage komme, im Falle als durch diese Prüfung die heilsame Wirksamkeit des neuen Heilmittels bestättigt werden sollte, thunlichst zur Bestreitung des nöthigen Bedarfes an Heilserum — welches dann der Krankenbehandlung durch weitergehende Vorkehrungen möglichst leicht zugängig zu machen sein würde — beitragen zu können.

* München. In der vorigen Woche starb daselbst der frühere Jenenser Professor der medicinischen Klinik, D. M. Rossbach im Alter von 52 Jahren. Von seinen zahlreichen Schriften sind zu nennen die Arbeiten aus dem pharmakologischen Institute in Würzburg, das Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden und endlich das in den späteren Auflagen gemeinsam mit Nothnagel bearbeitete ausgezeichnete Handbuch der Arzneimittellehre. Namentlich dieses Werk, zu dessen letzter 7. Auflage er noch die mit seiner letzten Kraft gesammelten Notizen beigesteuert hatte, hat seinen Namen in der medicinischen Welt bekannt gemacht.

* London. Sir Joseph Lister legte seine Thätigkeit als Operateur und Lehrer am King's College nieder.

* Cholera. In Galizien sind vom 8. bis 14. October 546 Erkrankungen und 326 Todesfälle, in der Bukowina vom 8. bis 14. October 10 Erkrankungen und 3 Todesfälle vorgekommen.

* Paris. In Paris erschien soeben der erste Band eines von Apostoli gegründeten Archivs für gynäkologische Elektrotherapie: «Travaux d'Electrotherapie gynécologique.»

* Der 11. Band Brockhaus' Conversations-Lexikon ist soeben erschienen, und gleich seinen Vorgängern enthält er eine reiche Auswahl naturwissenschaftlicher und medicinischer Artikel. Wir verweisen unsere Leser besonders auf die Abschnitte über die Naturgeschichte des Menschen im Allgemeinen, sowie über dessen einzelnen Organe im gesunden und kranken Zustande, auf die Capitel: Optik, Magnetismus etc. Der uns zugemessene Raum erlaubt nicht die volle kritische Würdigung jedes einzelnen behandelten Gegenstandes. Wir können nur wiederholen, dass das Lexikon in der Bibliothek eines jeden Arztes einen Platz finden sollte.

Soeben kommt uns die wahrhaft tragische Nachricht zu von dem heute Nachts plötzlich erfolgten Hinscheidens des eben ernannten Prof. Dr. Ludwig Mauthner.

Aerztliche Stellen.

Stadtarztesstelle. In Troppau (Schlesien) ist die neusystemisirte Stelle des ersten Stadtarztes zu besetzen. Mit dieser Stelle ist ein jährlicher Gehalt von 900 fl., ein Quatiergeld von 180 fl. und Anspruch auf zwei Quinquennalzulagen zu je 100 fl., sowie auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse nach den für die städtischen Beamten bestehenden Normen verbunden. Bewerber um diese Stelle haben die mit den Nachweisen über das Alter, die Zuständigkeit, über den erlangten Doctorgrad, die mit gutem Erfolge abgelegte Physicatsprüfung und die bisherige praktische Verwendung belegten Gesuche in dem vorgeschriebenen Dienstwege oder direct bei dem Bürgermeisteramte in Troppau bis einschliesslich den 20. November l. J. einzubringen. Die mit dieser Stelle verbundenen Dienstesverpflichtungen sind in der Dienstesvorschrift für die Stadtärzte der Landeshauptstadt Troppau enthalten, welche h. a. eingesehen werden kann und auswärtigen Bewerbern über Verlangen zugesendet werden wird.

Gemeindearztesstelle in den zu einem Sanitätssprengel vereinigten Gemeinden Wenns, Arzl, Jerzens, Pitzthal und Fraction Piller (circa 4000 Einwohner) mit dem Wohnsitze in Wenns, Bezirk Imst. Jährliches Wartgeld 600 fl. nebst freier Wohnung. Die Ganggebühr beträgt für die Wegstunde 1 fl., der Rückweg darf nicht gerechnet werden, im Dorfe selbst 20 kr., Haltung einer Hausapotheke und die Versehung des Sanitätsdienstes im Sinne der Dienstesinstruction für Gemeindeärzte (Statth.-Erlass 24. April 1885). Gesuche um die am 1. November zu besetzende Stelle sind an die Gemeindevorstehung in Wenns zu richten.

Districtsarztesstelle für den Sanitätsbezirk Hrozna Lhotta, Bezirk Göding (Mähren), im Ausmasse von 38 Quadratkilometer mit 6 Gemeinden mit 4400 Einwohnern. Jahresgehalt 550 fl., Reisepauschale 150 fl. und freies Quartier während der provisorischen Anstellung im ersten Jahre. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Mit dieser Stelle ist zugleich die Substitution des Districtsarztespos tens in Velk mit einer Remuneration von 700 fl. verbunden. Bewerbeer haben ihr mit den Nachweisen der gesetzlichen Anforderungen und der Kenntniss der beiden Landessprachen belegten Gesuche bis 30. October d. J. beim Vorsitzenden der Gesundheitscommission Pavlica in Hrozna Lhotta einzubringen.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 7 des VIII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Ueber die Behandlung der durch Hämolyse bedingten Anämien". Von Docent Dr. Castellino in Genua.

Verantwortlicher Redakteur: *Carl Josef Gertner.*

ANZEIGEN.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9